

Ref

INVANDRARNAS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



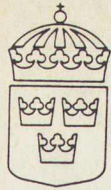
National Library
of Sweden





Ref

INVANDRARNAS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN



Statens offentliga utredningar

1984:45

Socialdepartementet

Invandrarna i hälso- och sjukvården

Underlagsstudie

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)

Stockholm 1984

Omslag Magnus Günther Adsum

ISBN 91-38-08375-2

ISSN 0375-250x

minab/gotab Stockholm 1984

Förord

Denna skrift, "Invandrarna i hälso- och sjukvården", är en underlagsstudie som tagits fram inom ramen för HS 90-projektet – Hälso- och sjukvård inför 90-talet.

HS 90:s syfte är att ge ett underlag för den hälsopolitiska utvecklingen och planeringen i perspektivet 1990 – 2000. HS 90 har genomförts inom socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning (tidigare sjukvårdsdelegationen). En särskild arbetsgrupp för långsiktig planering har svarat för den direkta ledningen av projektet. Sekretariatet har varit förlagt till socialstyrelsen. Sammansättningen av hälso- och sjukvårdsberedningen, arbetsgruppen och sekretariatet redovisas i bilaga 1.

Inom ramen för den första etappen utarbetades ett antal kommenterade kunskapssammanställningar. Dessa skrifter publicerades i respektive författares namn. En förteckning över publikationerna redovisas i bilaga 2.

Utgångspunkter och riktlinjer för HS 90:s huvudstudier har redovisats i SOU 1981:4. Generella utgångspunkter har varit

- att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt,
- att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse vid fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt
- att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

HS 90 innebär en utveckling och fördjupning av intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen och målet "en god hälsa för hela befolkningen och en vård på lika villkor". HS 90 kan också ses som en vidareutveckling och konkretisering av de utvecklingslinjer som redovisats i socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80).

HS 90-arbetet har inriktats på tre områden; hälsopolitik – förebyggande insatser, vårdstruktur samt personal- och utbildningsplanering.

En uppgift i hälso- och sjukvårdens offensiva hälsopolitiska arbete är att delge andra samhällssektorer och medborgarna kunskaper om hälsorisker och ohälsa inom befolkningen. Hälso- och sjukvårdssektorn kan därigenom – utifrån sina erfarenheter och sitt perspektiv på hälsoproblemen – ge ett värdefullt underlag för bl a andra sektorer hälsopolitiska insatser och förändrar således inte ansvarsfördelningen mellan olika sektorer. Den

begränsar inte heller övriga sektorers ansvar att beakta hälsopolitiska konsekvenser och utforma hälsopolitiska mål inom sitt verksamhetsområde.

I HS 90-arbetet bör man enligt direktiven så lång möjligt ta del av det forsknings- och utvecklingsarbete som bedrivs inom aktuella områden samt också försöka ge impulser till ett fortsatt arbete. Särskilt har markerats behovet av att frågor kring invandrarna i hälso- och sjukvården beaktas.

Denna skrift "Invandrarna i hälso- och sjukvården" har författats av Anne-Sophie Gadd, socialstyrelsen.

Arbetsgruppen för långsiktig planering står bakom huvudinnehållet i denna skrift.

Stockholm i juni 1984

För HS 90-projektet

Ingemar Lindberg

statssekreterare
ordförande i arbetsgruppen
för långsiktig planering

59 Innehåll

Inledning	7
Bakgrund	9
Sverige – ett mångkulturellt samhälle	9
Hälso- och sjukvårdslagen	9
Perspektiv och utgångspunkter för en kulturanpassad hälso- och sjukvård	11
1 <i>In- och utvandring</i>	13
1.1 De senaste årens invandringsmönster	13
1.2 Invandringen i ett långsiktigt perspektiv	14
1.3 Återutvandring	15
1.4 Bosättning i Sverige	15
1.5 Ålder	16
1.6 Den andra generationen	17
1.7 Tredje och fjärde generationen	18
2 <i>Samband mellan levnadsvillkor och hälsa</i>	19
2.1 Inledning	19
2.2 Omställningen till Sverige	20
2.2.1 Migrationsprocessen	20
2.2.2 Konsekvenser för hälsa och välbefinnande	21
2.3 Invandrares levnadsförhållanden	24
2.3.1 Levnadsnivåundersökningarna	24
2.3.2 Diskussion	27
2.4 Invandrares hälsotillstånd och sjukdomsmönster	28
2.4.1 Studerade samband mellan levnadsförhållanden och ohälsa	28
2.4.2 Vuxna invandrares sjukdomsmönster	30
2.4.3 Invandrarbarnens hälsotillstånd	31
2.4.4 Invandrares och flyktingars psykiska hälsa	33
2.4.5 Invandrares tandhälsa	37
2.5 Ospecifika invalidiserande tillstånd gör helhetssynen nödvän- dig	38

3	<i>Att förebygga anpassningssvårigheter</i>	41
3.1	Att stärka den egna kompetensen	41
3.1.1	Betydelsen av ett socialt nätverk	41
3.1.2	Samhällsorientering	42
3.2	Att öka kompetensen i samhället att möta invandrarnas behov	44
3.2.1	Att arbeta kulturöverbyggande	44
3.2.2	Krisstöd och kristerapi	45
4	<i>Vårdens tillgänglighet och kvalitet</i>	47
4.1	Vård på lika villkor	47
4.2	Vårdens tillgänglighet	47
4.3	Vårdens innehåll och kvalitet	49
4.3.1	Mötet invandrare – sjukvård, en ömsesidig process	50
4.3.2	Kulturbarriärer	51
4.3.3	Språkhinder	55
4.4	Arbete i enspråkiga enheter alternativt integrerade team	57
5	<i>Utveckling mot en språk- och kulturkompetent vård</i>	59
5.1	Tolkservice	59
5.1.1	Tillgång till tolkar	59
5.1.2	Tolkutbildning	60
5.1.3	Tolkarnas arbetsmarknad	60
5.1.4	Tolkförmedling inom hälso- och sjukvården	61
5.2	Flerspråkig samhällsservice	63
5.2.1	Vem är språk- och kulturkompetent?	64
5.2.2	Tillgång och efterfrågan. Lokala personalinventeringar	66
5.2.3	Rekrytering och meritvärdering	70
5.2.4	Behörighetsprövning och kompletterande utbildning	71
5.2.5	Vårdutbildning för tvåspråkiga	73
5.3	Vårdpersonalens förutsättningar och kompetens att möta invandrarnas behov	75
6	<i>Mot en likvärdig vård</i>	83
7	<i>Överväganden</i>	87
7.1	Insatser inom förebyggande verksamhet och vård	87
7.2	Personal- och utbildningsfrågor	91
7.3	Planering och praktiska konsekvenser	93
	Landstingens ansvar och uppgifter	94
	Inventering av behov	94
	Inventering av resurser	95
	Praktiska konsekvenser	96
	Socialstyrelsens ansvar och uppgifter	98

Inledning

”Invandrarna i hälso- och sjukvården” omfattar en kunskapsöversikt och probleminventering. Mot bakgrund av en översiktlig beskrivning av invandringen och dess konsekvenser för den framtida befolkningsutvecklingen redogörs för invandrarnas levnadsförhållanden och hälsa. I samband med en beskrivning av invandrarnas möte med den svenska sjukvården behandlas förutsättningarna att bättre anpassa verksamheten till invandrarnas behov. Tolkservice, flerspråkig samhällsservice och vårdpersonalens allmänna kompetens i etniska- och minoritetsfrågor behandlas särskilt. Rapporten avslutas med överväganden.

Bakgrund

Sverige – ett mångkulturellt samhälle

Sverige har bara på några decennier förvandlats från ett land med förhållandevis homogen befolkning till ett mångkulturellt samhälle. Idag är antalet personer med invandrabakgrund omkring 1 miljon.

Sverige har – i jämförelse med flertalet andra i-länder – genomfört en rad positiva reformer för invandrare. Utländska medborgare är i princip likställda med svenska medborgare om de har sina uppehålls- och arbetstillstånd ordnade. För nordiska medborgare behövs inte sådana tillstånd. Samtliga har samma lagstadgade rätt till hälso- och sjukvård och social trygghet med undantag för vissa begränsningar bl a när det gäller pension. Sådana rättigheter som hemspråksundervisning, undervisning i svenska på arbetet och kommunal rösträtt är åtgärder där Sverige har varit föregångsland.

Riktlinjerna för den nuvarande invandrapolitiken antogs så sent som 1975 och bygger på målen jämlikhet, valfrihet, samverkan. Tidigare strävanden att verka för en assimilering av invandrare ("försvenskning") fick nu vika för ett mer pluralistiskt synsätt, som ser olika etniska grupper leva sida vid sida med bevarande av sin egen kultur. Full valfrihet och jämlikhet är dock inte helt förenliga. Vissa normer och värderingar måste godtas av alla för att samhället skall kunna fungera väl. I många västländer har de etniska konflikterna uppmärksammats i ökad utsträckning. Sådana tendenser har också gjort sig gällande i Sverige sedan slutet av 1970-talet. Standardsänkning och ekonomisk åtstramning ställer solidariteten på prov. Den av regeringen 1978 tillsatta diskrimineringsutredningen har i uppdrag att dels se över bestämmelserna om diskrimineringen, dels lägga fram ett samlat program för åtgärder i syfte att minska fördomar och diskriminering på etnisk grund i Sverige.

I ett långsiktigt perspektiv bör det beaktas hur man skall kunna förebygga att samhällsstrukturrella och ekonomiska förändringar påverkar invandranas levnadsvillkor och anpassning i det svenska samhället negativt och därmed också deras hälsa.

Hälso- och sjukvårdslagen

Lagen anger som mål för hälso- och sjukvården att en vård på lika villkor skall erbjudas oberoende av språk, religion och kultur. Vården skall vidare

bedrivs med hänsyn tagen till behovet av vård. Det åligger hälso- och sjukvårdshuvudmännen att söka anpassa vården till olika invandrargrupperns behov.

Man måste vidare vara medveten om att invandrades förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården präglas av det hälso- och sjukvårdssystem som de är vana vid från sina ursprungsländer. Även om den svenska sjukvårdens övergripande struktur och organisation är given bör vetskapen om vissa invandrargrupperns annorlunda synsätt och förväntningar beaktas i vården.

Ett utvecklingsarbete med denna inriktning bedrivs redan inom många vårdenheter med ett stort antal patienter som invandrat till Sverige. Därvid har bl a lösningar för att komma till rätta med kommunikationshinder prövats. Många sådana verksamheter har dock alltjämt karaktären av enstaka försök. Det senaste decenniet har samtidigt präglats av en – generellt sett – större medvetenhet inom hälso- och sjukvården om behovet av nödvändiga åtgärder för att kunna hjälpa människor från andra språk- och kulturområden på ett adekvat sätt. Medvetenhet om behovet av tolk, värdering av språk- och kulturkompetens vid tillsättning av tjänster inom vårdsektorn etc har och håller på att växa fram. I de under senare år av socialstyrelsen framtagna principprogrammen för psykiatri samt hälsovård för mödrar och barn har invandraspekterna också särskilt behandlats.

Vissa såråtgärder som idag efterlyses för den första generationens invandrare t ex för att överbrygga språkhinder och kulturbarriärer torde behövas i långt mindre utsträckning för den andra generationen. Fler personer med en annan kulturell och språklig bakgrund kommer att arbeta i vården och sannolikt påverka vårdinnehållet.

Invandringen av nya grupper kommer emellertid att fortsätta, varför kraven på hälso- och sjukvården att möta invandrare med anpassnings- och kommunikationssvårigheter kommer att kvarstå.

Det är därför viktigt att analysera hur problemen ser ut idag i olika invandrargrupperns kontakt med hälso- och sjukvården för att kunna lära och planera för framtiden.

Många av de frågor som behandlas i rapporten med utgångspunkt från invandrarnas relation till hälso- och sjukvården gäller också den övriga befolkningen. Kunskapen om hur hälso- och sjukvårdens språkliga och kulturella tillgänglighet skall kunna ökas är samtidigt av stor betydelse för vissa grupper svenska medborgare.

Det kulturella gap som kan finnas mellan exempelvis en sydeuropeisk invandrare och en svensk läkare kan vara av samma kvalitet som det kulturella gap som alltför ofta finns mellan t ex en äldre pensionär med arbetarbakgrund och kort formell utbildning och en yngre högutbildad läkare.

Det är lätt att uppmärksamheten fokuseras på de specifika förhållanden som är förknippade med invandrarsituationen. Det är samtidigt viktigt att betona det som förenar människor mer än det som skiljer oavsett land, kultur eller religion och lyfta fram den värdegemenskap som finns inom olika livsområden.

Det bör också framhållas att begreppet invandrare rymmer grupper som ofta skiljer sig mera sinsemellan än vad vissa invandrargrupper och den

svenska befolkningen gör och att de individuella skillnaderna inom gruppen kan vara stora. I litteraturen och debatten märks en fokusering på de mest "exotiska" invandrargrupperna, d v s till dem som den kulturella distansen är störst. Numerärt är dessa invandrare små i jämförelse med det totala antalet invandrare. Den ojämförligt största gruppen kommer från Finland. Det är därför missvisande att, som vi ofta gör, tala om invandrare å den ena sidan och svenskar å den andra. Det är också viktigt att i framställningen differentiera mellan olika invandrargrupper.

Perspektiv och utgångspunkter för en kulturanpassad hälso- och sjukvård

Mot denna bakgrund bör problem och åtgärder behandlas utifrån tre perspektiv, vad som gäller generellt för befolkningen, vad som gäller specifikt för invandrare och vad som kan gälla individuellt. Det finns också anledning att se på tidsperspektivet. Redan för andragenerationsinvandrar- na torde behoven ha ändrat karaktär.

Invandrarna som grupp (givetvis med beaktande av inbördes skillnader) lever under sämre villkor än befolkningen generellt. Många av de problem som lyfts fram, när det gäller invandrar- nas levnadsvillkor och hälsa, delar de därför med andra lågutbildade och socioekonomiskt svaga grupper i samhället. Problemen uppförstoras emellertid i det kulturella perspekti- vet.

På så sätt bidrar invandrar- nas möte med vårdorganisationen till att belysa problemen på ett tydligt och ibland färgstarkt sätt, som annars är svåra att åskådliggöra.

När det gäller olika vårdinstitutioners förhållningssätt till invandrare är det inte ovanligt att invandrare likställs med "problem". Svårigheter som uppstår i vården definieras ofta som brister hos invandrar- na snarare än som brister i vårdsystemet.

Man bör därför skilja mellan *invandrades problem* och *invandrarproblem* i betydelsen hälso- och sjukvårdens problem att fullgöra sina uppgifter i ett mångkulturellt samhälle.

Mötet mellan patient och vårdorganisation/personal är alltid en ömsesidig process. För att den skall fungera behöver parterna känna varandras föreställningar, förväntningar och ramar. När den ena parten är invandrare måste dels politiska och administrativa instanser samt personal sätta sig in i invandrar- nas bakgrund och ta del av invandrar- gruppernas synpunkter, dels måste invandrar- grupperna få information om svensk hälso- och sjukvård.

Det är givet att en lång migrationsprocess kan rymma motsättningar och problem av existentiell art, som inte är åtkomliga för hälso- och sjukvård- satsningar eller samhällsinsatser överhuvudtaget. För att förstå de komplice- rade samband som här föreligger måste man se till invandrar- nas hela situation – från erfarenheter före och i samband med uppbrottet till omplanteringen och den successiva anpassningen till nya förhållanden.

HS 90:s uppdrag är begränsat till hälso- och sjukvården och den landstingskommunala verksamheten. Men hälso- och sjukvården är utifrån sin kompetens skyldig att bevaka och därmed samverka med andra samhällsorgan så att dessa tar sitt ansvar för att förhållanden som medför

konsekvenser för befolkningens hälsa åtgärdas.

Innehållet i rapporten har begränsats till invandrades kontakt med hälso- och sjukvården samt den landstingskommunala verksamheten. Andra samhällsorgans och organisationers ansvars- och verksamhetsområden behandlas enbart med utgångspunkt från de synpunkter på samverkan kring planering och utveckling som den nya hälso- och sjukvårdslagen ålägger landstingskommunerna.

1 In- och utvandring

1.1 De senaste årens invandringsmönster

Antalet invandrare i Sverige uppskattas idag till omkring 1 miljon. Begreppet invandrare omfattar då de som är utländska medborgare och som är födda utomlands, de som är födda utomlands men erhållit svenskt medborgarskap (naturaliserade) samt de sk andragenerationens invandrare, d v s personer som har minst en förälder född utomlands (3).

I officiella statistiska källor redovisas oftast endast i Sverige kyrkobokförda utländska medborgare, vilket reducerar antalet "invandrare" till 405 000 (1982)(5). Den arbetskraftsinvandring som startade efter andra världskriget och som förutom nordbor också omfattade jugoslaver, tyskar, greker och italienare och andra västeuropéer har praktiskt taget upphört. Sedan invandringen av icke nordbor reglerades 1967 består den numera huvudsakligen av anhöriga till någon i Sverige bosatt person – invandrad eller svensk – och flyktingar.

Migrationen mellan Sverige och Finland har sitt eget mönster. Nettoinvandringen till Sverige utgjorde inte mindre än ca 237 000 personer under åren 1950 – 1979. Bland annat på grund av den starka strukturomvandlingen i Finland utvandrade under 1969-1970 närmare 80 000 personer till Sverige. Under den följande lågkonjunkturen minskade den finska invandringen kraftigt samtidigt som utvandringen ökade. Under 1980-talet har återutvandringen varit större än invandringen. Finländarna utgör dock alltjämt den ojämförligt största invandrade gruppen i Sverige, dvs 40 procent av de utländska medborgarna. Dessutom finns det troligen en stor grupp finländska medborgare, som bor och arbetar i Sverige utan att vara kyrkobokförda här (1).

De senaste årens lågkonjunktur i Sverige har medfört att den nordiska invandringen minskat och återutvandringen har ökat. Det senare gäller också invandrare från industriländerna i Västeuropa och USA. Sålunda har det totala invandringsöverskottet minskat från närmare 30 000 år 1976 till knappt 5 000 år 1983.

Det som karakteriserat de senaste årens invandringsmönster är att den utomnordiska invandringen ökat från 8 procent till 31 procent under 1970-talet. Dagens invandrare kommer i allt större utsträckning från länder avlägsna både i geografiskt och kulturellt avseende. Under 1970-talet har invandrare från Afrika ökat från 2 000 till 7 000, de från Sydamerika från 1 000 till 13 000 och de från Asien utom Turkiet från 4 000 till 15 000. Deras

bosättning i Sverige kommer att leda till en helt naturlig och i stort sett tillåten följdivandring av anhöriga (Widgren) (6,7).

De utlandsfödda adoptivbarnen, som uppgår till ca 2 000 per år, bör också nämnas i sammanhanget.

Den år 1980 tillsatta invandrapolitiska kommittén har i uppdrag att se över 1978 års riktlinjer för regleringen av invandringen. Ur direktiven (Dir 1980:48).

Invandrapolitiska kommittén har hittills utgett två delbetänkanden. I bakgrundsbetänkandet SOU 1982:49 ges en statistisk översikt över in- och utvandring samt invandringens demografiska konsekvenser (1).

”Kommittén bör skapa sig en bättre bild av de totala migrationsströmmarna till och från Sverige och av orsakerna till förändringar i sammansättningen i invandringen än vad vi har för närvarande. Det är angeläget att kommittén bedömer vilka faktorer inom och utanför Sverige som kan komma att påverka migrationen till och från Sverige i ett längre tidsperspektiv. Kommittén bör med utgångspunkt från principiella bedömningar av detta slag överväga om det är möjligt och lämpligt att på förhand avgöra hur stort utrymmet för den årliga inflyttningen av olika kategorier invandrare till Sverige bör vara med hänsyn till möjligheterna att på ett tillfredsställande sätt ta emot dem”.

1.2 Invandringen i ett långsiktigt perspektiv

Så som världen ser ut idag med ett stort antal arbetslösa i tredje världen och antalet politiska flyktingar uppgående till mellan 10-15 miljoner måste Sverige och andra industriländer realistiskt räkna med en stor rörlighet över gränserna. Den invandring som nu äger rum är mer eller mindre ofrånkomlig och därmed något som hela samhället måste anpassa sig till.

Enligt en invandringsprognos baserad på FN:s befolkningsprognos 1979 och OECD:s s k Kindlebergerrapport 1978 kommer invandringstrycket från utomeuropeiska länder till Västeuropa att öka kraftigt under de närmaste årtiondena.

År 2025 kommer enligt vissa av SCB gjorda prognoser (3) uppåt två miljoner människor i Sverige, d v s så mycket som en fjärdedel av befolkningen, antagligen att vara utlandsfödda eller födda i Sverige av utlandsfödda. Det är uppenbart att detta kommer att påverka utvecklingen inom alla samhällsområden.

När det gäller underlaget för beräkningen av vilka mottagningsresurser Sverige måste ha är det en uppfattning om bruttoinvandringen, d v s antalet nykomna till Sverige varje år, som är viktig.

Uppgifter om nettoinvandringen är nödvändiga för att man skall kunna uppskatta hur stora de olika invandrargrupperna är, ett viktigt underlag för planering av samhällets service inom hälso- och sjukvård och åldringsvård samt annan social service. Slutligen är det intressant att veta hur in- och utvandringsmönstret ser ut. Motiven för varför man utvandrar – om man förväntar sig att stanna för gott eller återvända – får konsekvenser för anpassningen i Sverige och indirekt på hälsan.

1.3 Återutvandringen

Nära hälften av invandrarna har återvänt hem efter en 10-årsperiod och i de flesta fall efter en ganska kort tid i Sverige (5-6 år). Återutvandringen är i allmänhet störst året efter invandringsåret. Huvudparten av dem som lämnar Sverige har avsett att stanna endast en begränsad period (gäststuderande m fl). Endast ca en fjärdedel av återutvandringen torde vara oplanerad.

Mönstret är olika för olika invandrargrupper. De nordiska invandrarna särskilt normmän och danskar samt invandrare från USA och Storbritannien har flyttat tillbaka i mycket stor utsträckning. Invandrarna från Jugoslavien och Turkiet har återflyttat i väsentligt mindre grad. Det gäller också de polska och ungerska invandrarna, vilket beror på att många kommit hit som flyktingar.

En viktig fråga – bl a ur ett hälso- och sjukvårdspolitiskt perspektiv – är i vilken utsträckning de år 1979 ändrade pensionsbestämmelserna, kan komma att påverka återutvandringen på längre sikt. Dessa ger utländska medborgare, som varit bosatta i Sverige i minst 10 år efter fyllda 16 år varav minst fem år i följd före pensioneringen, rätt till svensk folkpension.

Det finns bilaterala konventioner med vissa länder, däribland Jugoslavien, Grekland, Tyskland, Österrike, Italien, Portugal, Frankrike, Marocko och Turkiet, som ger medborgare i dessa länder rätt att få svensk folkpension utbetald i hemlandet. Förhandlingar pågår med en rad andra länder. Å andra sidan kommer många av dessa invandrare att vara rotade i Sverige med vuxna barn här, vilket torde ha en kvarhållande effekt.

1.4 Bosättning i Sverige

Arbetsstillgången har bidragit till en koncentration av invandrare till framför allt storstadsområdena, Stockholm, Göteborg och Malmö samt delar av Västmanland och Södermanland (den inre Mälardalen), gränsområdet mellan Västmanland och Värmland, Älvsborgs län och områdena kring Gislaved i Jönköpings län och Olofström i gränsområdet Skåne/Blekinge.

De olika etniska grupperna tenderar att bosätta sig i samma områden. Finländarna utgör det helt dominerande inslaget av utländska medborgare i Norrbottens län och i Västmanlands län. Nästan hälften av alla grekiska medborgare bor i Stockholms län. I Malmöhus län är andelen jugoslaver betydligt högre än i riket som helhet. En stor koncentration av syrianer och assyrier finns i Södertälje. I förorterna Botkyrka och Tensta utanför Stockholm är andelen turkiska medborgare stor osv.

1.5 Ålder

De som invandrar till Sverige idag är till övervägande del personer i arbetsintensiv och fertil ålder samt deras barn. Fertiliteten bland utrikes födda kvinnor är dock inte – med undantag för polska, grekiska och framför allt turkiska kvinnor – högre än för totalbefolkningen. I förhållande till kvinnorna i deras respektive hemland föder de emellertid färre barn, vilket

tyder på en gradvis anpassning till det svenska fertilitetsmönstret (2). Åldringarnas antal är än så länge litet. Betraktar man alla utländska medborgare som en grupp skiljer sig åldersammansättningen markant jämfört med den svenska. Skillnaderna mellan olika invandrargrupper är emellertid stora. Knappt 3 procent av de utländska medborgarna var över 65 år jämfört med drygt 17 procent för de svenska i december 1982. Invandrarna från 1940-talet börjar nu komma in i pensionsåldern.

För att få en uppfattning om antalet utrikes födda framtida åldringar har EIFO (Expertgruppen för invandrarforskning) uppdragit åt SCB:s prognosinstitut att beräkna antalet åldringar fram till år 2025. Prognosen bygger på ett antagande om en framtida nettoinvandring på 18 000 personer per år fram till år 1985 och därefter 12 000 per år (figur 1). Idag uppgår antalet utrikes födda som är äldre än 75 år till nära 20 000. År 2020 beräknas antalet till ca 100 000 (3).

1.6 Den andra generationen

Inom EIFO (Expertgruppen för invandrarforskning) pågår projektet "Invandringens långsiktseffekter" (PIL-projektet). Ett av de tre delprojekten omfattar "Den andra generationens invandrare".

I den invandrapolitiska debatten, både i Sverige och internationellt, har intresset under senare år i allt större utsträckning riktats mot den andra generationen, d v s invandrararnas barn och hur det skall gå för dem i invandrarlandet.

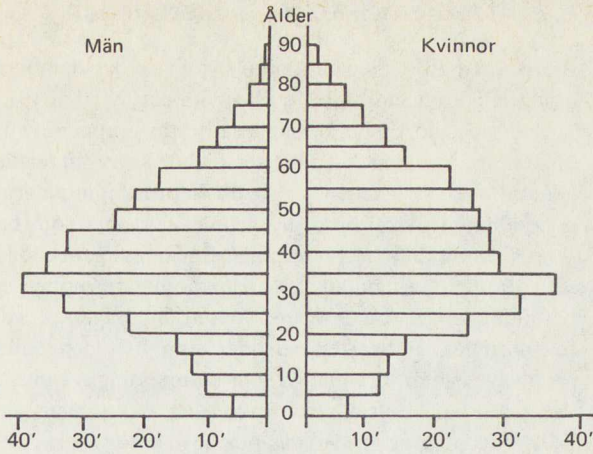
En bred definition av "invandrarbarn" omfattar alla barn mellan 0-17 år med minst en i utlandet född förälder. Vid årsskiftet 1979/80 fanns i Sverige enligt denna definition ca 300 000 invandrarbarn. Av invandrarbarnen är 54 procent både födda i Sverige och svenska medborgare (4).

En "andra generationens invandrare" definieras på olika sätt beroende på i vilket sammanhang begreppet används. Reinans använder sig av följande avgränsade definition "personer födda i Sverige med minst en i utlandet född förälder" (4).

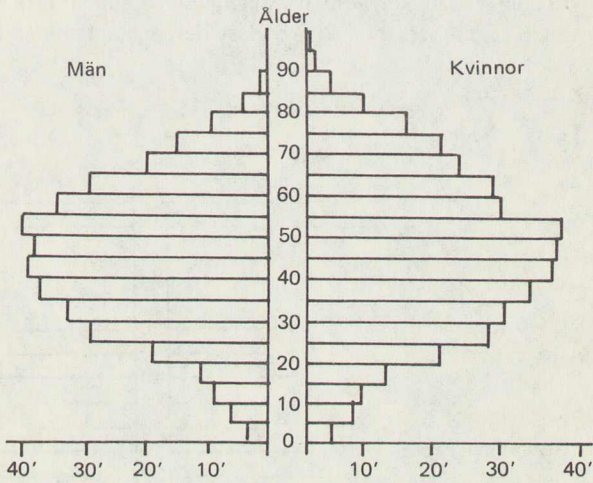
I syfte att beskriva migrationsprocessens olika steg och kulturell identitet m m använder Lithman en mycket vid definition. En "andra generationens invandrare" definieras som den, som har en eller två föräldrar födda utomlands och som är född antingen i Sverige eller utomlands och har flyttat från ett annat land till Sverige i vad man i landet ifråga räknar som skolpliktig ålder (PIL-projektet).

Andelen andragenerationsinvandrare med bägge föräldrarna från samma land är mycket låg för de flesta länder. Av 105 000 barn födda i Sverige med finsk härstamning hade 30 procent av dessa barn två samboende föräldrar födda i Finland och ungefär lika många en i Finland född moder, men en i Sverige född fader etc. Undantaget är Turkiet, Grekland och Jugoslavien, där andelen barn från familjer med bägge föräldrarna från samma land uppgår till 60-70 procent. Det är mycket vanligt för invandrare från dessa länder att gifta sig med någon i utlandet, d v s i ursprungslandet bosatt person (4).

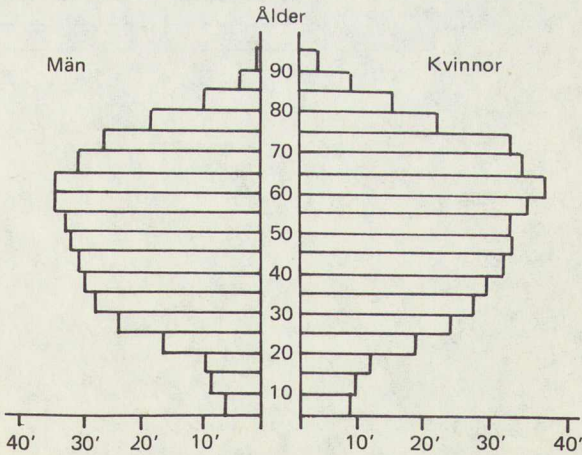
År 1980



År 2000



År 2020



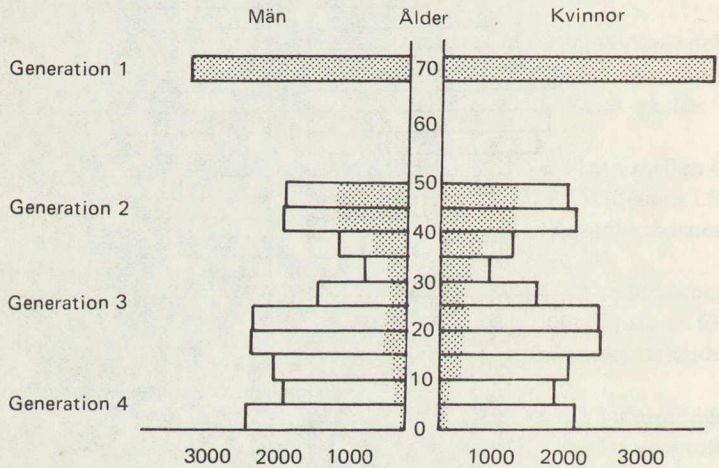
Figur 1. Beräknade ålderspyramider för utrikes födda personer åren 1980, 2000 och 2020 med antagande om viss fortsatt invandring.

Källa: Reinans, S. "Den invandrade befolkningen", 1979-06-05

1.7 Tredje och fjärde generationen

Reinans har gjort vissa beräkningar som rör den demografiska utvecklingen i en teoretisk invandrargrupp under loppet av 50 år (3).

Enligt de gjorda beräkningarna består gruppen av 10 000 personer som invandrar i åldrarna 20-25 år, alltså i början av sin fertila period. Den första generationen förutsätts gifta sig till 75 procent inom gruppen och den andra generationen till 50 procent. Antalet personer som helt härstammar från gruppen minskar starkt, samtidigt som många som endast delvis härstammar från gruppen tillkommer. Så småningom går gruppen upp i den omgivande befolkningen, men det är en mycket långdragen process, ännu 70 år efter invandringen är antalet personer som helt och hållet härstammar från gruppen ungefär lika många som de ursprungliga invandrarna. Men under tiden har en dramatisk förändring av gruppens ålderssammansättning skett. Medan gruppen vid invandringen antogs bestå av enbart mycket unga människor kommer den 50 år senare att bestå av en stor grupp åldringar, ett litet antal barn och barnbarn som helt härstammar från gruppen och ett stort antal yngre personer som endast delvis härstammar från gruppen (figur 2).



Figur 2 Ålderssammansättning hos en teoretisk invandrargrupp 50 år efter invandringen enligt i texten gjorda antagande. Skuggad yta = de ursprungliga invandrarna och personer som helt härstammar från dessa.

Ur Reinans, S. "Den invandrade befolkningen", 1979-06-05

2 Samband mellan levnadsvillkor och hälsa

2.1 Inledning

Hälsförhållanden kan beskrivas bl a på följande sätt

- En individs egen beskrivning och bedömning av sitt hälsotillstånd. Denna upplevda hälsa/ohälsa utgör en av de viktigaste förklaringsfaktorerna till befolkningens efterfrågan på hälso- och sjukvård.
- En professionell medicinsk beskrivning av hälsa/ohälsa, som utgår från en naturvetenskapligt baserad bedömning och formuleras i en diagnos.
- En hälsobeskrivning som utgår från sociala aspekter och bygger på en bedömning av individen i sin fysiska och sociala miljö.

Hälsa och livsstil ingår vidare som viktiga beståndsdelar i den kulturella helheten. Den påverkan som bedrivs t ex i hälsoupplýsande syfte, kan därmed komma att kollidera med värderingar från andra kulturer.

Hälsa är ett vidare och mer dynamiskt begrepp än enbart frånvaro av sjukdom. Men redan sjukdomsbegreppet är relativt och liksom en individs beteende vid sjukdom kulturellt betingat (28).

Svårigheterna ökar då man övergår från att definiera kroppslig hälsa till psykisk hälsa. En central fråga är relationen mellan psykisk ohälsa och social avvikelse. I mötet mellan olika kulturer kan det vara svårt att förstå motiven och rationaliteten bakom varandras handlingar. Hur stora får variationerna från samhällets normsystem vara för att inte betraktas som onormala variationer?

I mötet med olika invandrargrupper får det vidgade hälso- och sjukdomsbegreppet en ännu vidare och komplex innebörd. Ökade krav ställs på hälso- och sjukvården att ta en insiktsfull hänsyn till de förhållanden som olika invandrargrupper lever under och dess konsekvenser för hälsan.

Dessa levnadsförhållanden har en stor del av invandrarna ofta gemensamt med andra grupper av låginkomsttagare och lågutbildade. Det som skiljer invandraren från svensken i samma levnadsomständigheter är därvid i första hand den kulturella bakgrunden, erfarenheterna i samband med upprottet och omplanteringen till nya förhållanden.

Hur levnadsvillkoren utformas i det nya landet hänger intimt samman med migrationsprocessen som kan utforma sig olika för olika grupper och individer.

2.2 Omställningen till Sverige

2.2.1 Migrationsprocessen

Utvandring och bosättning i ett nytt land innebär en stor omställning för individen, hur stor är beroende på en rad omständigheter. Varför har man utvandrat? Är det med avsikten att skapa sig ett bättre liv eller har man tvingats lämna sitt land på grund av förtryck och förföljelse?

Har man för avsikt att stanna i det nya landet eller avser man återvända hem då man tjänat tillräckligt med pengar? Är man ambivalent och pendlar mellan t ex Finland och Sverige? Kan man överhuvudtaget inte återvända till hemlandet trots att det är vad man helst önskar och ständigt hoppas skall kunna ske?

Motivet för utvandring bidrar starkt till hur positiv respektive negativ inställningen är till att både för egen del och för barnens del tillägna sig ny kunskap och anpassa sig till det nya landets villkor.

Omställningssvårigheterna är vidare beroende på från vilken typ av samhälle man kommer och hur stor den kulturella distansen är, samt kön, ålder, socialklass och utbildningsnivå.

Många invandrare utvandrar från agrara samhällen till industrisamhällen. I vissa fall, som i vissa jugoslaviska och finska invandrargrupper, kan förändringsprocessen ha skett i två steg. Man har lämnat lands- respektive glesbygden för att flytta till ett industrialiserat område i hemlandet och därifrån utvandrat vidare i brist på arbetsmöjligheter.

Invandringsprocessen har beskrivits utifrån olika teoretiska perspektiv. Gemensamt för dem är att de skildrar migration som en process i flera steg och i ett långt tidsperspektiv som sträcker sig över generationer.

Alexandra Ålund, som är sociolog och som betonar den historiska och sociokulturella bakgrunden, beskriver invandrarens sociala anpassning i tre steg (34,35)

- Förstärkt socialisation – förstärkt medvetenhet om den traditionella identiteten
- Desocialisation – upplösning av vissa traditionella värden och införlivande av nya
- Resocialisation – införlivande av nya kulturella särdrag och en ny kulturell identitet.

Hur man passerar de olika stegen och när man når dem beror på förhållanden i det förgångna och de omständigheter man möter i invandrarlandet. Alla delar steg 1 medan det 3:e steget sällan nås förrän i andra eller tredje generationen.

Den förändringsprocess som invandraren genomgår påverkas, enligt Ålund, främst av två krafter

- Krafter som verkar "bakifrån" (det kulturella arvet)
- Krafter som verkar "framifrån" (de omständigheter man möter)

För att mötet med invandringslandet skall kunna verka som en positiv kraft

krävs i första hand att invandraren får sina förväntningar när det gäller ekonomisk och social trygghet uppfyllda men också att han möter en förståelse för sin sociala och kulturella bakgrund och för den psykologiska process som migrationen innebär.

Invandrarnas förändringsprocess diskuteras ofta utifrån mottagarlandets perspektiv som en ensidig process i termer av anpassning, integration och assimilering. Processen gäller emellertid lika mycket en förändring från den gamla identiteten till den nya och man måste vara medveten om att människor i olika grad bevarar större delen av sitt kulturarv livet igenom och även överför det till nästa generation.

Det som handlar om individen kan ibland lättare förstås genom att man belyser förändringen ur utvecklingspsykologiskt och kristeoretiskt perspektiv.

Kris innebär en avgörande förändring, en svår tid och en avgörande vändpunkt i en människas liv. Krisens olika stadier är chock, reaktion, bearbetning och nyorientering.

En genomarbetad kris kan leda till utveckling och förnyelse, men om krisen blir negativt löst kan den leda till motsatsen, d v s stagnation, tillbakagång och invalidisering.

2.2.2 Konsekvenser för hälsa och välbefinnande

När man diskuterar invandrades möjligheter till anpassning måste man vara medveten om att skillnaderna mellan de olika etniska och kulturella grupperna ofta kan vara större än mellan vissa invandrargrupper och den svenska befolkningen. Inom de olika invandrargrupperna spelar givetvis sociala bakgrundsfaktorer såsom social klass, utbildningsnivå etc, stor roll för möjligheterna till anpassning. Sådana skillnader kan vara stora mellan medlemmarna inom vissa etniska grupper jämfört med svenska förhållanden.

I en undersökning av till Kanada invandrade portugiser prövade man sambandet mellan life-events och sjukdom (27). Hypotesen var att det inte nödvändigtvis behövde vara negativa erfarenheter, som bidrog till psykisk och somatisk ohälsa utan att antalet förändringar i sig i samband med migrationen skulle utgöra en psykisk stressfaktor. Resultaten bekräftade inte det man trodde, att immigranter utgjorde en högriskgrupp för sjukdom. Resultaten varierade för olika grupper. Sålunda visade det sig att kvinnorna reagerade på förändringen med stress. För två undergrupper av män, dvs de i åldern 35-45 år och de med hög utbildning var sambandet det motsatta, dvs förändringarna var snarare korrelerade med hälsa än med sjukdom.

Undersökningsresultaten tolkades som om life-events i samband med migration inte är avgörande för hälsan utan istället individens motiv, upplevelse av händelserna och hur behoven kan tillgodoses.

Emigration kan innebära en positiv förändring. Man lämnar ett land med en mindre teknisk utvecklingsnivå, högre arbetslöshet, med sämre möjligheter till standardökning och utbildning, för ett nytt land som kan ge det man strävar efter. Också när det gäller "den andra generationens invandring" som ofta beskrivs som en sårbar grupp torde man kunna se två utvecklingslinjer – att går det bra, så går det mycket bra, går det illa, så går

det mycket illa (Lithman). Invandringssituationen kan innebära en ny start för familjen (21).

Vissa undersökningar av olika invandrargruppers hälsotillstånd i Västeuropa visar också positiva resultat i jämförelse med befolkningen i deras respektive hemland.

Men emigrationen innebär alltid ett risktagande och invandringssituationen kan innebära stora psykiska påfrestningar.

Motivet för utvandringen spelar stor roll. Nykomlingar med hög motivation för anpassning visar sig kunna stå emot allvarliga påfrestningar i det nya landet. Människor som lämnar sitt hemland av diffusa och ofta missnöjesfärgade personliga motiv visar sig ha låg tolerans och dålig förmåga att hantera nya problem. De reagerar lättare med neurotiska eller sjukliga symptom i den nya miljön (14).

Utvandringen har ofta föregåtts av svårigheter av något slag. De socioekonomiska motiven är dominerande för många. Av finländarna som utvandrat till Sverige var motivet arbetslöshet eller hot om arbetslöshet i cirka en tredjedel av fallen (31). Flyktingarna från Latinamerika har ofta svåra upplevelser av t ex fysisk och psykisk tortyr bakom sig och lever i Sverige med en oro för sina anhöriga i hemlandet (23).

Egna personliga förutsättningar och om man är ensam eller omgiven av familj och landsmän spelar naturligtvis roll för anpassningen i Sverige. T ex visade sig den sk Västmanlandsundersökningen att finska frånskilda invandrade män hade fem gånger så stor psykisk sjuklighet än populationen i övrigt (16).

För den nyanlände invandraren kan mycket i det nya landet upplevas förvirrande och till och med hotfullt. Den första anpassningsfasen innebär som nämnts ofta att invandrarens identitet förstärks. Den egna identitetskänslan är utsatt för "övergrepp" och risker vid en migration. Att ha en identitet betyder enligt Jahoda (ur Lohman) att "Jag känner igen mig själv, som jag var igår, i mig själv idag och har en bild av mig själv i morgon." Omgivningen utgör den spegel i vilken vår identitet bekräftas eller förnekas. I sin kontakt med mottagarlandets befolkning har invandraren svårt att finna någon överensstämmelse med vad han själv uppfattar som sin identitet och den han upplever att omgivningen tilldelar honom (22).

Efter emigrationen sker det ofta en förändring i familjemedlemmarnas inbördes roller och deras roller i förhållande till det omgivande samhället.

Det kan bli svårt att leva upp till gamla rollförväntningar och de man har skapat för sig själv och de andra inför flyttningen till det nya landet. Det kan gälla för maken att leva upp till rollen som "den gode försörjaren" och för maken till den "goda modern", den som i första hand är ansvarig för barnens uppfostran, när dessa börjar reagera negativt på flyttningen – de yngre kanske med psykosomatiska symptom och de äldre med trots samt för de gamla vars roll som familjens överhuvud och självklara rådgivare ifrågasätts.

Enligt Lithman vet vi mycket lite om under vilka förutsättningar en omställningsprocess leder till verkliga familjeproblem och under vilka omständigheter den kan hållas i schack.

Skilsmässor i samband med migration har visat sig vanligare bland

finländare (Stenius) och latinamerikaner (Lundberg) än i deras respektive hemland. Erfarenheterna talar för att detta förhållande gäller fler invandrargrupper.

I litteraturen och debatten har framför allt kvinnornas och barnens situation i samband med invandringen lyfts fram.

Kvinnor

När det gäller de finska invandrarna tycks kvinnorna ha haft lättare att anpassa sig än männen bl a därför att de har lärt sig svenska snabbare och därmed haft flera sociala kontakter.

För den sydeuropeiska kvinnan, den turkiska och överhuvudtaget kvinnor från agrara kulturer innebär migrationen en dubbel omställning – till en miljö som är mycket främmande och till ett yrkesarbete vid sidan av skötseln av hem och barn. Samtidigt kan omställningen upplevas positiv, då den medför större frihet och mindre arbetsbörda i hemmet.

Många kvinnor, när det gäller bl a syrianska, assyriska och turkiska kvinnor, kommer till Sverige ofta flera år efter mannen. Inom dessa kulturer är det mycket vanligt med äktenskap inom den egna gruppen och männen reser ofta till hemlandet för att gifta sig.

I en av invandrarverket utarbetad rapport (1982) om kvinnornas, inom några invandrarminoritetsgrupper, situation i Sverige framgår att kvinnornas motiv för invandring i många fall skiljer sig från männens i det att de inte själva valt att komma till Sverige. Trots att skälen ytligt sett kan te sig lika t ex ekonomiska torde anpassningen till svenska förhållanden skilja sig för de kvinnor som följt sina män från de kvinnor som själva valt att utvandra.

I invandrarverkets rapport framgår vidare oväntat stora brister i vissa gruppers utbildningsbakgrund. Kvinnorna från den turkiska landsbygden är oftast illiterata. En undersökning i Botkyrka visade att analfabetismen bland de turkiska kvinnorna var fem gånger vanligare än bland männen. Enligt en socialantropologisk undersökning av de syrianska och assyriska kvinnorna var 80 procent analfabeter. 63 procent saknade helt tidigare skolgång vid kursstart i Sverige (11). Ändå framgår det att de turkiska och syriansk/assyriska kvinnorna från agrara områden inte upplever sig isolerade i egentlig mening. De lever i sitt eget etniska samhälle med det svenska samhället som en ring utanför med vilket kontakt upprätthålls med hjälp av förmedlare. Turkiska och framför allt grekiska kvinnor har hög förvärvsintensitet, i första hand städning, medan de syriansk/assyriska kvinnorna synes vara hemanarbetande i större utsträckning. Språkhandikappet, dvs att inte behärska godtagbar svenska, visade sig vara större än förväntat bland de syriansk/assyriska, grekiska och turkiska kvinnorna och ge ett mer ångestfyllt förhållande till det svenska samhället än man tidigare anat.

Barn och ungdom

Det är känt att barn reagerar med psykiska symptom på flyttningen även inom det egna landet (25). Barn som är starkt mottagliga för nya intryck kommer i en invandarsituation i kläm mellan olika förväntningar, normer och värderingar samt inte minst de olika språken.

Invandrarfamiljens upplevda osäkerhet inför allt det nya som möter kan medföra en förstärkning av och ett kvarhållande vid gamla familjemönster. Det är genom barnen kulturen förs vidare. Barnuppfostran är därför det sista man gör avkall på (15).

Barnet hämtar styrka i familjegemenskapen men vill också vara lik kamraterna. I tonåren då man normalt frigör sig från föräldrarna och de vuxnas värderingar kan frigörelsen för invandrarungdomarna också innebära ett avståndstagande från den etniska gemenskapen och ett förkastande av deras värderingar.

"Man skäms över sin brist på svenskhet, över sin nationalitet och etniska tillhörighet och skäms över denna sin skam" (24). Denna ambivalens i känslorna inför den egna gruppen och den svenska är typisk för invandrarungdomar, som upplever en djup otrygghet i båda grupperna.

Barnens tilltagande frigörelse och "försvenskning" kan innebära att föräldrarna ofta tillgriper hårdare normer och regler än de tillämpade i hemlandet före emigrationen och ungdomarna reagerar med tilltagande avståndstagande.

Enligt Lithman är det inte ovanligt att ungdomar som i tonåren bryter sig loss från sitt föräldrasammanhang söker sig tillbaka till föräldrarnas etniska gemenskap i ett senare skede i samband med deras egen familjebildning. Å andra sidan finns det många exempel på att ungdomar, som försökt leva ett självständigt liv, missbedömt sina chanser att klara sig på egen hand och förlorat i styrka och självtillit (21).

Dessa ungdomars svårighet att bygga upp en identitet baserad på att vara svensk beror enligt Lithman sannolikt många gånger mindre på inflytandet från hemmet än på de svenska ungdomarnas obenägenhet att acceptera dem. Den identitet de bygger upp är istället en protestidentitet – ett resultat av utstöttnings- och etiketteringsfenomen, formade av det svenska ungdomskollektivet.

På motsvarande sätt ses föräldrarnas återtagande av strängare normer inte som ett uttryck för deras kultur utan som resultatet av en djup frustration förorsakad av deras isolering i Sverige. Vad vi har att göra med är alltså effekterna av invandrarnas utanförstållhet och isolering.

2.3 Invandrares levnadsförhållanden

2.3.1 Levnadsnivåundersökningarna

Sambanden mellan levnadsförhållanden och ohälsa är allt mer uppmärksammat i såväl Sverige som andra i-länder.

En viktig kunskapskälla, när det gäller befolkningens levnadsförhållanden och hälsa, är de statistiska undersökningarna: socialforskningsinstitutets levnadsnivåundersökning 1968 (låginkomstutredningen och dess upprepning 1974 och 1981) samt statistiska centralbyråns sedan 1974 löpande undersökningar om svenska folkets levnadsförhållanden, de s k ULF-undersökningarna. I dessa undersökningar inhämtas också uppgifter om invandrare.

Avgränsningen av begreppet invandrare varierar mellan de olika studier. I ULF-rapport nr 9 utgjordes urvalet av utländska medborgare och

naturaliserade invandrare. Dessutom ingick en liten svåravgränsad grupp s k "andra-generationsinvandrare". I ULF-rapport nr 22 ingick enbart utländska medborgare. I båda rapporterna särredovisas finska medborgare och sydeuropéer – en samlande benämning för jugoslaver, greker, italienare, spanjorer och portugiser (40).

Uppgifterna om invandrare är osäkrare än för svenskarna. Utländska medborgare utgör enbart en liten del av dem vi kallar invandrare. Uppgifterna kommer därför förhållandevis oftare att avse invandrararnas första år i Sverige. Tidpunkten för naturalisation skiljer sig mellan olika grupper. Det rör sig om ett relativt litet antal intervjuade i varje grupp. Språk- och kulturbarriärer kan påverka svaren.

ULF-rapport nr 9 rör enbart invandrades levnadsförhållanden och bygger på data från 1975. Trots att hänsyn tagits till att invandrare som grupp är yngre än svenskar, har flera barn, tilldelats manuella yrken i större utsträckning etc, får man fram skillnader ifråga om de flesta uppmätta levnadsnivåkomponenterna, som visar att invandrare är sämre lottade än svenskarna.

Kvälls- eller nattarbete och två- eller treskiftsarbete var betydligt vanligare bland invandrarna. Detta gällde speciellt bland kvinnorna. Invandrarna hade också en sämre arbetsmiljö, dvs oftare ett bullrigt, smutsigt, enformigt och jäktigt arbete. Genomsnittligt var invandrararnas materiella standard lägre än svenskarnas. Till detta bidrog för sydeuropéernas del att man ofta hade försörjningsbörda för personer utanför hushållet. Invandrarna var oftare trångbodda och hade i större utsträckning hemmavarande barn under 18 år. Andelen ensamstående mångbarnsföräldrar var tre gånger högre i invandrargrupper.

När det gällde grannkontakter i bostadsområdet hade invandrarna färre sådana än svenskarna.

En senare ULF-undersökning, som behandlar invandrades levnadsförhållanden liktydligt med utländska medborgares, är rapporten nr 22 "Ojämligheten i Sverige" och som bygger på data från 1977/78.

Invandrarna har i allmänhet lägre skolutbildning än den infödda svenska befolkningen i samma ålder. Det gäller generellt att den som har extremt låg skolutbildning drabbas dubbelt så ofta av arbetslöshet som den långtidsutbildade. Därför hör invandrare till de utsatta grupper som i större omfattning ofta drabbats av arbetslöshet. Många invandrare är sysselsatta inom industri och servicesektorn och har därför oftare än svenskar obekväma arbetstider. Bland utländska medborgare gällde detta 33 procent och bland sydeuropéerna 42 procent. Bland de lågutbildade, t ex städare, diskare, diversearbetare, är det vanligt med manuellt rutinarbete, d v s upprepade och ensidiga rörelser, olämpliga arbetsställningar. Den psykiska belastningen pga jäktigt och enformigt arbete är också stor i denna grupp.

Invandrarna hamnar ofta i dåligt betalda arbeten men de hamnar inte lika ofta som svenskar under existensminimum därför att andelen, som arbetar heltid, är större. Invandrarna och i synnerhet sydeuropéerna har i flera avseenden påtagligt lägre levnadsstandard än alla andra grupper som redovisas i rapporten. Det gäller t ex likviditet, bostadsstandard, extrautrustning, tandvård. Däremot är semesterresor (resor till hemlandet) vanligare.

Sammanfattningsvis har invandrare, enligt denna rapport och de tidigare ULF-undersökningarna, sämre förhållanden än normalbefolkningen men även sämre förhållanden än arbetare generellt. Det framgår att sydeuropeerna i de flesta avseenden är extremt utsatta och utgör den befolkningsgrupp som sammantaget får anses ha den sämsta välfärdsprofilen.

Studier som mer i detalj går in på en invandrargrupps levnadsförhållanden och hälsotillstånd finns än så länge endast för finländska invandrare samt jugoslaver. Dessa grupper ingår i SOFI:s levnadsnivåundersökning som bygger på intervju- och registerdata från 1968 (enbart finnar), 1974 och 1981. Data från 1981 har ännu inte dokumenterats. Med hjälp av dessa data kan man se hur invandrarnas förhållanden förändrats under vistelsetiden i Sverige. Invandrarna jämförs med infödda svenskar med samma kön, ålder och yrke.

Nedanstående uppgifter är hämtade från 1974 års undersökning (37). Medelåldern bland de finska invandrarna var lägre än för hela befolkningen med en tydlig koncentration i åldrarna 21-24 år. De var underrepresenterade i socialgrupp I och II och överrepresenterade i socialgrupp III. Finska invandrare hade en relativt god grundutbildning men ingen speciell yrkesutbildning. Man hade samma utbildning som jämnåriga svenskar i samma yrkesgrupper men sämre utbildning än jämnåriga svenskar i genomsnitt.

På arbetet pressades de finska invandrarna hårdare än jämnåriga svenskar i samma yrkesgrupper, dvs blev fortare kroppsligt och psykiskt utmattade efter arbetet. De utsattes i större utsträckning för buller, gas, damm och rök men skiljde sig inte märkbart från svenskarna ifråga om utsatthet för smuts, fukt eller olika farliga ämnen. De hade i större utsträckning hårdare fysiska arbetskrav såsom tunga lyft men skiljde sig inte påtagligt när det gällde psykiska arbetskrav såsom jäkt och enformighet.

De finska invandrarna hade en högre disponibel inkomst men mindre kontantmarginal än svenskarna. Betydligt lägre andel ägde hus eller hade inkomst av kapital. Finska invandrare hade klart sämre utrymmesstandard. Bostäderna var moderna i samma utsträckning men man saknade oftare telefon, dagstidning och böcker. Det mest anmärkningsvärda när det gällde de finländska invandrarna var emellertid deras klart sämre hälsotillstånd. Se under 2.4.1.

Preliminära uppgifter från 1981 års bearbetning som gäller jugoslaver visar att hälsotillståndet har försämrats avsevärt både fysiskt och psykiskt sedan 1974 och att detta framför allt gäller männen. Ändå är de jugoslaviska kvinnornas sjukersättning mer än dubbelt så hög som svenska kvinnors med samma yrke och ålder. Jugoslaverna invandrade under en högkonjunktur. I allmänhet gäller att de har flyttat till bättre bostäder, har fortbildat sig, har sociala kontakter. Analogt med resultaten från den finska uppföljningen 1974 av en grupp som undersöktes 1968 visar också den jugoslaviska gruppen ett sämre hälsotillstånd efter ett antal år i Sverige. Jämförande undersökningar av andra invandrargrupper skulle kunna visa om detta är ett återkommande mönster.

De statistiska undersökningarna som mestadels bygger på uppgifter om utländska medborgare ger ingen vägledning om de invandrare som vistas här utan att vara kyrkobokförda. Det gäller t ex finska ungdomar, som kommer

hit för att söka arbete och utomnordiska invandrare som väntar på uppehållstillstånd. Rapporter från t ex socialnämndernas verksamhet och andra fälterfarenheter är källor, som ger inblick i dessa gruppers och flyktingars mycket pressade situation.

2.3.2 Diskussion

De statistiska undersökningarna är värdefulla då de ger en uppfattning om problemens storlek och vilka grupper som drabbas. En beskrivning av levnadsförhållandena i termer av trångboddhet, fysisk och psykisk påverkan av miljön, arbetslöshet, utbildning, inkomst etc ger viktig information när det gäller att belysa jämställdheten i samhället. Hur dessa förhållanden uppfattas av den enskilde, vilket värde eller vilken belastning de utgör för t ex hälsan är till viss del beroende av värderingar, som i sin tur är intimt förknippade med den egna bakgrunden.

För stora grupper är arbetet den huvudsakliga orsaken till emigration och invandrarens arbetsinsats är det som främst uppskattas av det svenska samhället. Den psykiska och sociala pressen, som följer på arbetslöshet är beroende av hur centrala de värden som förknippas med arbetet är för individen. Bland den stora gruppen finländska invandrare har arbetslöshets- erfarenheter visat sig vara en av de viktigaste faktorerna som bidrar till att skapa psykiska problem.

Skillnader i uppfattning gör sig starkt gällande ifråga om upplevelser i relation till andra människor: i familjen, på arbetsplatsen, i skolan. Vad betyder trångboddhet i förhållande till social gemenskap för invandrargrupper som är vana att leva i storfamilj? Hur värderas en bra arbetsmiljö?

Människor är olika känsliga för påfrestningar och denna känslighet kan variera vid olika tidpunkter. Om den individuella motståndskraften är låg och stödet från omgivningen brister, vilket ofta är fallet i invandarsituationen, leder påfrestningar lättare till besvär och symptom av olika slag. För invandrare kan det ofta vara fråga om en kumulativ effekt av hälsorisker, t ex en lågutbildad kvinna med språkhandikapp i ett dåligt betalt arbete i en ohälsosam miljö.

En förklaring till invandrarernas jämförelsevis svåra levnadsförhållanden ligger i själva invandarsituationen och att deras möjligheter i många fall begränsas p g a låg utbildning och språkhandikapp. Att invandrades utgångsläge vid ankomsten till Sverige är sämre och begränsar deras val av t ex arbete och bostad är naturligt. Anspråksnivån kan också vara lägre.

En viktig fråga är hur bestående dessa förhållanden är och vilka möjligheter det finns att förändra dem. Flera företeelser pekar på att situationen är svår att förändra och att den i tider av lågkonjunktur riskerar att försämrats för invandrarerna.

Enligt invandrarverkets "kvinnorapport" går enbart 1/3 av invandrankvinnorna, som börjat förberedande utbildning, vidare till yrkesutbildning (30). Språkhandikappet synes svårt att åtgärda. Erfarenheterna talar för att det är en förhållandevis liten andel invandrare som gått igenom lagstadgad 240 timmars svenskundervisning och att den visat sig vara otillräcklig.

Svenskundervisningen för vuxna invandrare (SFI) har setts över av den sk SFI-kommittén. Betänkandet (SOU 1981:86 och 1981:87) har remissbehand-

lats och frågan om nya former för svenskundervisningen för vuxna invandrare bereds f n inom regeringskansliet.

Förhoppningsvis bör denna reform liksom satsningen på hemspråk och svenska som främmande språk i skolan stärka invandrarnas möjligheter att hävda sig i samhället.

Invandrarnas arbetsmarknad är mer känslig för konjunkturvariationer än totalbefolkningens. Enligt EIFO är arbetslösheten bland den utländska arbetskraften större än bland den svenska i alla åldersklasser. Det gäller både män och kvinnor med undantag för de äldsta kvinnorna. I åldersklassen 25-34 år utgör de utländska medborgarna 8 procent av arbetskraften medan närmare 20 procent är arbetslösa (38, 39).

Arbetslösheten varierar dock beroende på invandringsår och den sjunker i allmänhet med vistelsetidens längd. Dock gäller inte detta mönster finländska män och utomnordiska kvinnor: (38). Diskriminering mot invandrare bidrar till en konservering av dåliga anställningsförhållanden och hänvisning till mindre attraktiva bostadsområden. Enligt Trankell (1974) utsattes arbetskraftsimmigranterna lättare för diskriminering än andra. Trankells huvudtes var att fördomar endast delvis fösvinner med ökad kunskap om invandrades kultur och dåliga levnadsförhållanden och att den huvudsakliga orsaken till antipatierna finns i konkurrensförhållanden mellan svensk och utländsk arbetskraft. En enkätundersökning utförd inom diskrimineringsutredningen (1982) visar emellertid att svenskarna har mindre antipatier mot invandrare nu än 1969 och detta förhållande tillskrivs svenskarnas ökade kunskaper och erfarenheter av att leva nära invandrare (13, 42).

I diskussion om invandringens långtidseffekter drar Lithman paralleller till den oförväntat låga sociala mobiliteten inom den svenska befolkningen. Trots utbildningsdemokratisering och studiestöd m m blir fortfarande akademikerbarn akademiker, arbetarbarn arbetare etc. Nära förknippade med den etniska identiteten – att tillhöra en viss grupp – är den klassbetingade kognitionen, dvs föreställningar som grundläggs i tidig ålder med styrande effekt när det gäller t ex yrkesval (21).

I vissa invandrargrupper är yrkesspektrat mycket smalt. Hos andra generationen kan föreställningar uppstå om att endast vissa områden och platser i det svenska samhället står till buds. I den mån man får en situation där andra generationen uppfattar vissa yrken som de som "passar" invandrare är man på väg mot ett samhälle indelat efter etniska linjer.

2.4 Invandrades hälsotillstånd och sjukdomsmönster

2.4.1 Studerade samband mellan levnadsförhållanden och ohälsa

I ULF-undersökningarna framkom att – om köns- och ålderskillnaderna i urvalet mellan svenskar och invandrare elimineras – långvarig sjukskrivning och nedsatt arbetsförmåga var betydligt vanligare bland de utländska medborgarna. Speciellt sydeuropeerna upplevde sig oftare ha långvarig

sjukdom. Däremot var skillnaden inte lika påtaglig ifråga om tillfällig aktivitetsnedsättning (40).

Den jämförande undersökningen mellan finländska invandrare och den infödda svenska befolkningen, på basis av 1974 års levnadsnivåundersökning, visar att finländska invandrare har ett klart sämre hälsotillstånd än svenskar av samma kön, ålder och yrkesgrupp. Skillnaderna är statistiskt säkerställda ifråga om cirkulationsbesvär, värk i skuldror, rygg mm, huvudvärk, dåliga tänder, trötthet, nedsatt psykiskt välbefinnande, underlivsbesvär samt antal sjukdomssymptom (37).

De statistiska undersökningarna ger en uppfattning om problemens storlek och vilka grupper som drabbas. Men för att kunna uttala sig med någon säkerhet om sambanden mellan levnadsförhållanden och hälsotillstånd hos olika invandrargrupper måste man, enligt Leiniö, skilja mellan fyra möjliga orsaker till skillnader (73).

- Hälsotillståndet bland befolkningen i utflyttningslandet och i inflyttningslandet kan vara olika.
- Utvandrarerna tillhör sällan ett genomsnitt av ursprungspopulationen. De som utvandrar utgör ett positivt urval.
- Själva flyttningen kan utgöra en påfrestning på hälsan.
- Förhållanden efter flyttningen kan påverka hälsotillståndet som t ex att invandrare är hänvisade till vissa yrken och bostadsmiljöer med stora hälsorisker.

Hittills finns endast ett fåtal studier utförda, som belyser orsakerna bakom invandrades sjukdomsmönster. I det följande refereras till tre undersökningar, som illustrerar orsakssambanden mellan levnadsförhållandena och hälsan.

- Risken för att insjukna i hjärtsjukdom har rapporterats vara två gånger högre i Finland än i Sverige. Förekomsten av hjärt- och kärlsjukdom har också visat sig högre bland finskfödda män i Sverige än bland svenska män. I en jämförande studie mellan finskfödda män och svenska män i åldrarna 35-59 år fann man att vid sidan av vissa somatiska riskindikatorer, också en rad sociala förhållanden kunde förklara skillnaden i sjukdomsförekomst. Merparten av invandrarna hade bott i Sverige länge, 2/3 i minst 16 år och de flesta planerade att stanna i minst 5 år.

Man jämförde vidare finskfödda och svenska män men fann att risken att insjukna var högre för finska män i åldern 45-54 år och som bott i Sverige mellan 10-20 år medan det inte förelåg någon högre risk för dem som bott i Sverige mindre än tre år och t o m en lägre risk för dem som varit här i mer än 20 år. Resultaten ansågs tala för att påfrestningar i miljön – snarare än ärftlighet – ökade risken för hjärtinfarkt och att dessa påfrestningar avklingade efterhand (43).

- I en jämförande studie mellan invandrade och svenska mödrar fann man en lägre perinatal dödlighet hos barn till invandrarkvinnor än hos svenska kvinnor (59). Man hade förväntat sig det omvända resultatet, dvs att invandrarkvinnors svårare socioekonomiska förhållanden indirekt skulle

leda till högre barnadödlighet. Nästan hälften av mödrarna kom från Finland. Av de utomnordiska mödrarna, som utgjorde omkring 40 procent, kom nästan hälften från Sydeuropa. Då den perinatale dödligheten ligger högre i kvinnornas hemländer än i Sverige bedömdes resultatet tala för att det är fråga om ett urval av friska kvinnor som utvandrar till Sverige.

Inte heller Aurelius som studerat graviditeter och förlossningar hos invandrarkvinnor från 34 nationer fann fler komplikationer hos dem. Det visade sig emellertid att invandrarkvinnor som bott i Sverige mindre än ett år oftare hade missfall än andra invandrarkvinnor, ett resultat som sattes i samband med svårigheter i samband med inflyttningen (44).

- Ytterligare en undersökning med resultat som inte överensstämde med de förväntade och som visar på betydelsen av att ta reda på de förhållanden som ligger bakom rapporteras från S:t Eriks sjukhus kvinnoklinik (68). I samband med att upptagningsområdet för kliniken ändrades till att omfatta ett invandrarätt område fick man intrycket av att antalet komplikationer vid förlossningar ökade. Undersökningsresultaten visade däremot att i synnerhet turkiska kvinnor och i viss mån även grekiska kvinnor hade en lägre frekvens komplikationer vid graviditet och förlossning än svenska och finska kvinnor. Ökningen av patologiska graviditeter och förlossningar hade alltså inte sin förklaring i en överrepresentation av invandrare i området utan torde istället vara att söka i områdets genomsnittligt låga socioekonomiska status.

Men man fann också ett annat oväntat resultat. Trots att graviditeter och förlossningar var förenade med färre komplikationer för invandrarkvinnorna fanns en tendens till fler och längre vårdtillfällen. Detta tolkades som att osäkrare handläggning och språksvårigheter bidrog till fler inläggningar för observation.

2.4.2 Vuxna invandrares sjukdomsmönster

Flertalet undersökningar, som beskriver invandrares sjukdomsmönster, baseras på sjukvårdsstatistik. Resultaten anger dels förekomsten av vissa diagnoser, dels huruvida invandrapatienter är överrepresenterade i förhållande till deras antal i upptagningsområdet. Antalet vårdtillfällen kan vara ett osäkert mått, dels med utgångspunkt från sjukvårdens ovan beskrivna tendens att lägga in invandrare mer än nöden kräver, dels med utgångspunkt från att uppgifter i bl a levnadsnivåundersökningarna tyder på att invandrare har ett vårdbehov som de inte söker för.

En undersökning baserad på sjukhuspopulationen, invandrapatienter och andra patienter, genomfördes i Göteborg 1968 och 1969 (74). Undersökningen visade vilka diagnoser som var vanligare bland invandrare i olika åldrar av båda könen än bland svenskar. Andelen invandrardiagnoser är alltså relaterade till antalet sjukhusvårdade patienter och inte till invandrarernas andel i befolkningen. Den klart största gruppen kom från Finland. Stora

grupper kom också från Norge, Jugoslavien och Danmark.

Hos både män och kvinnor fanns en överrepresentation av tuberkulos. Likaså ryggbesvär och mag- och tarmbesvär. Ansiktsfrakturer och hjärnskakning var vanligare bland män, troligen till följd av alkoholmissbruk.

Man fann tecken på oövalkomna graviditeter hos kvinnor i alla åldrar upp till 40-49 år. Såväl spontana missfall som legala aborter var överrepresenterade hos invandrarna, men det var även diagnosen "normal förlossning".

Uppgifter från 1980 års abortkommitté visar att aborter är vanligare bland utlandsfödda utomnordiska kvinnor än bland kvinnor i Sverige (SOU 1983:31).

Den somatiska sjukligheten synes endast till liten del vara invandrarspecifik. Ett sådant exempel är dock tuberkulos som visat sig flera gånger vanligare bland utländska medborgare än bland svenskar (67).

Efterfrågan på medicinska åtgärder bland flyktingar har visat sig stort. En hälsoundersökning bland vietnamesiska flyktingar vid en flyktingförläggning visade bl a en överrepresentation av tuberkulos och hepatit B samt anmärkningsvärt utbredda kariesförändringar (84).

Den sjuklighet som invandrare uppvisar utgörs till viss del av ett ackumulerat sjukvårdsbehov, som inte tillgodosetts i hemlandet. Aurelius och Moell betonar särskilt syn- och hörselnedsättningar, som är viktiga att upptäcka och korrigera, då de för invandrarna innebär ytterligare svårigheter att göra sig gällande på arbetsmarknaden och att lära sig svenska. Sjukligheten hänger också samman med omställning i klimat, kost och ovana vid förhållandena. Exempel på sådana tillstånd som kan förväntas avklinga med tiden är mag- och tarmrubbingar, infektionsbenägenhet samt olycksfall (46).

Dåliga arbetsmiljöer, arbetslöshet och övriga levnadsomständigheter som invandrare i förhållandevis hög grad är utsatta för, torde påverka deras hälsotillstånd.

Den psykiska sjukligheten och psykosomatiska yttringar synes däremot vara nära förknippade med invandrarsituationen.

2.4.3 Invandrabarnens hälsotillstånd

Både svenska och utländska studier visar att invandrabarnens hälsotillstånd och näringstillstånd oftast är bättre än vad som gäller barnen i deras respektive hemländer. Däremot visar en undersökning av turkiska barn i Västberlin att förekomsten av nervösa störningar såsom stamning, tics och nagelbitning var vanligare bland invandrabarnen än bland barnen i Turkiet (Ostec 1977).

Speciell uppmärksamhet har ägnats i Sverige bosatta turkiska barns kostvanor och uppfödning (75). Barnens viktkurva har förbättrats och ligger nu mycket nära den svenska normens, dvs mycket bättre än hemlandets. Förbättringen anses hänga samman med familjens bättre levnadsförhållanden och omgivningshygien. Att få föräldrarna att förstå betydelsen av sambandet mellan näring och hälsa tycks dock vara svårt.

Även om invandrabarnens hälsotillstånd förbättras efter flyttningen till Sverige löper de större risk att ådra sig sjukdomar än vad svenska barn gör. Vid barnkliniken i Malmö visade Hallberg 1972 att nästan i alla nationaliteter

av de utländska barnen förekom en överrepresentation i förhållande till deras antal i befolkningen (62).

Barn från Jugoslavien dominerade. Av dessa var många mellan 0-2 år. Antalet vårdtillfällen bland invandrabarnen var högre för hudsjukdomar, nutritionsrubbingar, infektionssjukdomar och ifråga om kongenitala missbildningar.

Skillnaden kan bero på ett icke tidigare åtgärdat behov av sjukvård vid ankomsten till Sverige. Att invandrabarn oftare vårdas för infektionssjukdomar kan bero på en ökad infektionskänslighet i den nya miljön, på smittspridning till följd av trångboddhet samt föräldrarnas osäkerhet när det gäller uppfödning och behandling av sjuka små barn. Men fler vårdtillfällen kan också bero på sjukvårdens svårigheter att ta en tillförlitlig anamnes och ge råd och ordinationer för vård i hemmet. Vidare ifrågasätts om skillnaderna i sjuklighet mellan svenska och utländska barn i huvudsak är ett uttryck för de skillnader i socioekonomisk standard som finns mellan invandraren och den övriga befolkningen.

I Lindegårds undersökning i Göteborg (1968-1969) baserad på sjukvårdsstatistik fann man oväntat många missbildningar bland barn under 9 år. Detta förhållande förklarades dels som ett ackumulerat behov hos i utlandet födda barn, dels med det förhållandevis höga antalet äldre mödrar bland invandrarkvinnorna (74).

Rapporter tyder på att antalet invandrabarn med handikapp ökar vid behandlingsinstitutionerna. Kombinationen invandrarskap och handikapp visar sig skapa flera problem som ställer krav på speciella insatser från samhällets sida. Förekomsten av handikapp bland invandrare är dock svår att uppskatta. Det är inte uteslutet att handikapp förekommer oftare bland invandrabarn än bland svenska barn, men ökningen vid institutionerna kan ha andra orsaker.

En kartläggning genomfördes vid omsorgsnämnden i Stockholms län 1978. Den omfattade samtliga barn och ungdomar, som fanns i undervisningsavdelningens elevregister, vars ena eller båda föräldrar kom från ett annat land. Enligt denna definition var 17,5 procent invandrabarn. I vissa åldrar var den procentuella andelen betydligt större. Av samtliga två- och treåringar var ungefär 30 procent invandrabarn. Andelen sjönk sedan för att åter stiga i skolåldern. I sammanhanget påpekades svårigheten att bedöma om utvecklingsstörning föreligger.

Själva invandrarsituationen och språkhandikapp kan medverka till felaktiga bedömningar. Invandrareleverna representerade 39 olika länder och 22 olika språk. Det största antalet invandrare kom från Finland. Den turkiska gruppen, men även den arabisktalande, tycktes öka snabbt i antal.

Statens handikappråd och statens invandrarverk lät 1979 genomföra en undersökning av handikappade invandrabarns situation i fyra av Stockholms kranskommuner (50). Undersökningen syftade från början till en inventering för att spåra antalet handikappade invandrabarn i kommunen och om dessa barn fått del av det stöd och den hjälp som lagen ger dem rätt till. Definitions- och metodproblem medförde emellertid att undersökningspopulationen begränsades till de syn- och hörselskadade, rörelsehindrade samt utvecklingsstörda barnen i åldern 0-16 år, som var inskrivna i de

aktuella vårdområdena. Tvärtemot vad man hade väntat sig, visade sig handikapp inte vara vanligare bland invandrabarnen än bland de svenska barnen. Däremot var invandrabarnen diagnostiserade som gravare handikappade när det gällde utvecklingsstörning och hörselskador. Man frågade sig därför om språk- och kulturbarriärer bidrog till att lättare handikapp var svårare att urskilja hos invandrabarnen.

2.4.4 Invandrares och flyktingars psykiska hälsa

Vuxna

Internationell forskning visar att det finns en högre psykisk sjuklighet i en del invandrargrupper – men inte i alla – än i totalbefolkningen. Riskerna förenade med invandringen har berörts under avsnittet migrationsprocessen.

De två finländska sociologerna Elina Haavio-Mannila och Kerstin Stenius studerade variationer i vårdkonsumtion hos ett urval invandrade och infödda patienter som blivit psykiatriskt vårdade 1971 i Västmanlands län och Södermanlands län samt ett antal i Finland vårdade patienter (65, 66).

Man fann att italienare, jugoslaver och östeuropéer i förhållande till sin andel i befolkningen hade sökt vård i betydligt högre utsträckning än nordiska och västeuropeiska invandrare, vilket man tolkade som att det geografiska och kulturella avståndet spelar roll.

Man fann vidare att risken för en invandrare att bli mentalvårdspatient var relativt hög även i grupper som levde under socialt gynnsamma förhållanden. Det fanns förhållandevis fler psykiatriska patienter bland dem som invandrat som barn och efter att ha fyllt 35 än bland dem som anlant i ålder 20-34 år. De allvarigaste psykiska störningarna fanns hos dem som flyttat före 10 års ålder. Utifrån journaluppgifter sökte man beskriva vilken typ av mentalhälsoproblem som varit aktuella. Man konstaterade att problemen hos invandrare ofta är oklara och diffusa och yttrar sig i olustkänslor, ensamhet, anpassningsproblem, odefinierade förföljelsekänslor eller somatiska symptom. En förhållandevis stor andel av de invandrade patienterna blir diagnostiserade som hypokondriska, hysteriska, neuroasteniska eller paranoiska.

Man frågade sig om den språkliga och kulturella distansen kan vara en förklaring här till. Annars visade sig inte invandrarernas diagnoser skilja sig nämnvärt från de inföddas. Patienter från Syd- och Östeuropa skilde sig dock från patienter som invandrat från mera närliggande länder i det att de oftare klagar över kroppsliga symptom även i en psykiatrisk vårdssituation. Männerna från icke nordiska kulturer visade sig mycket sällan ha alkoholproblem som leder till mentalsjukvård. Några typer av mentalhälsoproblem visade sig vara mer beroende av social status än av invandrarstatus. Ett sådant är alkoholproblemet för vilket skillnaden mellan finska invandrare och svenskar försvinner nästan helt när man tar hänsyn till den olika yrkesfördelningen i dessa grupper. I undersökningen urskildes fyra kategorier av patienter: relativt friska med anpassningsproblem, psykotiska med relationsproblem, politiska flyktingar med föreställningar relaterade till hot och förföljelse, patienter med dåliga levnadsförhållanden och alkoholproblem.

Under den gångna tioårsperioden har de psykiatriska vårdbehoven bland invandrade patienter och bristen på adekvata terapeutiska resurser blivit allt mer uppmärksammade.

I en rapport om Sverigefinländarnas psykiska problem och psykiatriska vård har Kerstin Stenius inventerat behov och resurser samt angett förslag till utveckling av vården (1983) (85).

För att få en uppfattning av vårdutnyttjandet och vårdresurserna för finländska patienter i de olika landstingen, skickades i oktober 1980 en enkät till samtliga psykiatriska kliniker i Sverige. Från samtliga län, utom Norrbottens och Östergötlands, kom rapporter om att antalet finska patienter antingen var relativt större än den finska befolkningens andel i länet och/eller att antalet finska patienter ökat under senare år. Några exempel: från Stockholm rapporterades en ökning av bl a de finskspråkiga missbrukarnas antal. Mariamottagningarna hade 40 procent finskspråkiga klienter. På Eskilstuna lasarett utgjorde de finskspråkiga ca 20 procent av de vuxna patienterna (vilket är en 100-procentig överrepresentation jämfört med deras andel i befolkningen) och 10 procent av BUP-klinikens patienter. Landskrona lasarett uppgav att de finskspråkiga stod för 12 procent av registrerade patienter och en mycket större del av antalet inläggningar. I Göteborg utgjorde finländarna 20-25 procent av alla som togs in på Lillhagens sjukhus akutavdelningar. Alkoholkliniken hade 20 procent finskspråkiga patienter. Jämför man denna bild med situationen 1975 (sammanfattning av en enkät från Landstingsförbundet) finner man att patienternas antal på många håll har ökat. Samtidigt med detta har en medvetenhet om problemets omfattning vuxit sig starkare. Svårigheterna uppfattas 1980 som varaktiga.

Resultaten från de ovan refererade enkäterna, SOFI:s uppföljning av finländares hälsotillstånd samt andra rapporterade erfarenheter talar för att de psykiatriska problemen bland finländare är omfattande och tenderar att öka. Stenius menar att även om alla problem inte är invandrarproblem torde invandrarerfarenheterna alltid avspeglas i såväl första som andra generationens svårigheter och att det därför finns fog för att tala om "invandrarpsykiatri".

Problemen synes emellertid vara mer koncentrerade till vissa grupper av Sverigefinländare. Hit hör de unga ensamflyttarna, framförallt i storstäderna, isolerade kvinnor, arbetslösa och ensamstående män, flyttare som haft psykiska problem redan i Finland, barn som flyttat i förpuberteten eller vars föräldrar har stora svårigheter.

Den i avsnitt 2.3.1 refererade uppföljningen inom SOFI:s levnadsnivåundersökning av jugoslavers hälsotillstånd talar också för att de psykiska hjälpbehoven bland jugoslaver ökar med vistelsetidens längd i Sverige.

I en rapport över jugoslaviska invandrares psykiska situation i Göteborg 1982 konstaterades att var sjunde jugoslav i Göteborg har sökt psykiatrisk vård någon gång under de senaste elva åren. För män redovisas två toppar i första besöksfrekvens, nämligen före tre års vistelse i Sverige och efter 10-11 års vistelse. Den första kontakten för kvinnorna ägde för ca en fjärdedel rum mellan 5 och 7 års vistelse (53).

Det är omöjligt att uttala sig om hur stort det skolda behovet av psykiatrisk hjälp och psykosocial rådgivning är. Erfarenheterna talar för att

vårdutnyttjandet står i relation till om det finns terapeutiska resurser på det egna språket. Mottagningar där man har kunnat ställa upp med språk- och kulturkompetent service har fått en stark tillströmning av sökande, som tyder på ett stort dolt och ackumulerat behov.

Erfarenheterna från försökmottagning med finskspråkiga, jugoslaviska och grekiska invandrare vid Huddinge sjukhus psykiatriska klinik visade att det bland remitterade patienter i samtliga språkgrupper fanns personer med mycket tung psykiatrisk belastning, t o m psykotiska patienter, som var helt olämpliga för öppenvårdsinsatser och människor med mångåriga symptomyttringar (54). De remitterade patienterna var ofta sådana som sjukhusen länge sökt hjälpa, människor som vandrat runt i den svenska vårdapparaten utan att man nått önskvärt resultat. Många hade varit sjukskrivna länge, upp till flera år. Även från försäkringskassorna skickades patienter för läkarutlåtanden, pensionsärenden eller för rehabiliteringsåtgärder.

Alla dessa ärenden gällde patienter med långa sjukskrivningar och ofta med ovissa och okända diagnoser. Från patienterna dominerade önskemålen om symptomlindring, därefter förändrade relationer inom familjen. Bland de av patienterna presenterade problemen dominerade de somatiska hos greker och jugoslaver. Definierade enligt psykiatrisk symptomatologi övervägde ångest och depressiva symptom men i viss mån också vegetativa, tvångsmässiga och neuroasteniska. De två största diagnostiska huvudgrupperna rörde samlevnadskonflikter, missbruk och krisreaktioner. Av behandlade åtgärder dominerade stödjande samtal i samtliga grupper. Därefter utredande åtgärder samt medicinering och sjukskrivning.

Krisbehandling tycks alltid ha haft en positiv effekt hos patienter eller deras familjer. Tack vare att invandarmottagningen kunde ge en snabb hjälp på det egna modersmålet innan situationen blivit kronisk har man förhindrat att patienten kommit in i en meningslös rundvandring mellan olika hjälpinstanser. För patienter som ofta kom med långa sjukskrivningar, mestadels hade en tung symptomatologi med somatiska och medicinska komplikationer innebar behandlingen ofta att hjälpa patienten bryta den onda, sociala cirkeln, skapa vettiga kontakter med myndigheter, t ex socialbyrån, arbetsförmedlingen, arbetsvården, bostadsförmedlingen m m och att motivera patienten att själv våga söka sig nya alternativ i sitt livsmönster.

Barnen

Flyktingbarnens och överhuvudtaget invandrabarnens psykiska hälsa synes vara starkt beroende av hur föräldrarna klarar omställningen och deras förmåga att trots svåra yttre påfrestningar ge barnen trygghet. Många faktorer under migrationsprocessen och de ofta svåra levnadsförhållandena, förenade med otrygghet inför hur framtiden skall gestalta sig, kan medverka till depression hos de vuxna. Påfrestningarna i hemmiljön kan ha funnits före flyttningen, så som fallet är i många flyktingfamiljer, men också hos många av arbetskraftsinvandrarna.

Aurelius undersökningar bland finska barn visade att barn till föräldrar med psykiska besvär och alkoholproblem hade haft beteendestörningar

redan tidigare men att problemen förvärrats i och med bytet av land (44).

Aurelius jämförde finska och sydeuropeiska barns anpassning i skolan jämfört med svenska barns. Samtliga barn tillhörde socialgrupp 3. I intervjun med föräldrarna framkom att sömnrubbningsvar vanligare hos invandrarbarnen när familjen varit i Sverige en viss tid. Enligt lärarna led invandrarbarnen oftare av olika beteendestörningar, men andelen "problembarn" var inte större bland dem än bland svenska barn. Invandrarbarnen bedömdes ha en lägre status i klassen och oftare vara mobbade än de svenska barnen. De hade också en låg uppfattning om sig själva.

I tonåren blir identitetskonflikterna än mer markerade och kan leda till psykiska störningar. I en studie från ungdomskliniken på Långbro sjukhus hade 30 procent av 100 slumpvis uttagna patienter invandrarbakgrund. Denna siffra låg betydligt över andelen invandrare i befolkningen (72).

En liknande undersökning företogs några år senare i Västmanlands län. Även här var invandrarungdomen överrepresenterad. Många av dessa patienter kom emellertid från familjer med svåra sociala problem och missbruksproblem (60).

Psykiska problem hos barn och ungdomar i flykting- och invandrarfamiljer har sålunda många orsaker. Det kan vara fråga om svåra traumata, en social problematik eller depression hos föräldrarna, identitetskonflikter, språksvårigheter och diskriminering samtidigt som det föreligger starka krav på anpassning från samhällets sida.

Flyktingar

Sverige har tagit emot mer än 100 000 flyktingar sedan tiden före andra världskriget. Under och efter andra världskriget anlände omkring 30 000 baltiska flyktingar. Åren 1950-1973 kom 25 000 öststatsflyktingar. Det är dock huvudsakligen under det senaste decenniets flyktinginvandring som man blivit mer speciellt uppmärksam på flyktingarnas särskilda behov av hälso- och sjukvård och ofta tunga psykiatriska problematik. De flyktingar som kommer inom den s k flyktingkvoten 1 250 per år blir föremål för särskilt omhändertagande under inledningsskedet. Sedan 1973 har kvoten främst omfattat latinamerikaner. Dessutom har under de senaste åren 3 000 s k båtflyktingar från Vietnam överförts hit från flyktingläger. De människor som söker sig till Sverige och åberopar politiska skäl för att stanna, s k spontant inresta flyktingar (2 000-3 500 per år) tillbringar en osäker tid här i väntan på ansökan om uppehålls- och arbetstillstånd. Många flyktingar är präglade av erfarenheter och tortyr samt ett liv under svåra omständigheter i flyktingläger.

I en omfattande uppföljning av till nazistiska koncentrationsläger deporterade norrmän visade Eitinger att dessa exfångar hade en högre sjuklighet och dödlighet än befolkningen i övrigt inte bara åren närmast efter hemkomsten utan hela uppföljningsperioden fram till 1975 (56-58).

Dessa motståndskämpar, som ursprungligen utgjort ett positivt urval av fysiskt och psykiskt starka personer, mottogs som hjältar vid återkomsten till Norge och fick all nödvändig medicinsk och social hjälp.

"Exfångarnas högre dödlighet och sjuklighet kan naturligtast förklaras med det

faktum att den gränslösa stress de upplevde under fångenskapen försämrade deras motståndskraft mot infektioner och minskade deras förmåga att anpassa sig till större miljöförändringar. Till och med små tillfälliga stressituationer rubbade deras jämvikt och resulterade i sjukdom. Denna tillbakasatta förmåga att anpassa sig och den försvagade motståndskraften förändrades inte mycket under observationsperioden.”

”Exfångarna har utgjort en grupp personer som ända sedan kriget har varit oftare och mer allvarligt sjuka och som därför har haft lägre arbetskapacitet, lägre inkomster och färre möjligheter till självförverkligande än en motsvarande grupp ur befolkningen som inte upplevt samma stress.”

En praktisk konsekvens av undersökningsresultaten har lett till en ändring av den norska krigspensionslagstiftningen. Varje sjukdom och varje fall av invaliditet anses vara förbundet med och orsakat av koncentrationslägervis-telsen tills motsatsen är bevisad.

De politiska flyktingarna har varit utsatta för svåra traumata. De möter dessutom nya problem i exilsituationen som gör dem till en tung riskgrupp i psykiatriskt hänseende. Ankomsten till asyllandet och den därav följande självförtroendekrisen bidrar för de flesta att aktivera gamla kriser, som ibland utvecklas till paranoia. Vid en psykisk hjälpbyrå för latinamerikanska flyktingar i Köpenhamn fann man att de hjälpsökande led av följande symptom med början av det mest frekventa: depression, ångest, ensamhetskänsla, psykosomatiska sjukdomar, sömnrubbingar, aptitrubbingar, bristande koncentrationsförmåga, sexuella problem, självmordstankar (55).

Dessa erfarenheter överensstämmer med dem som redovisats från den latinamerikanska mottagningen vid Stockholms socialförvaltnings utlänningsavdelning. Denna mottagning bygger på frivilliga insatser av på annat håll arbetande latinamerikanska psykiater och psykologer. De flesta söker hjälp efter 2-3 år. Ganska obetydliga händelser kan ge upphov till återfall. Ca 40 procent av de sökande har parkonflikter. Aggressiva beteenden och misshandel i familjerna synes ha ökat. Det som kan uppfattas kränkande från t ex myndigheter framkallar lätt det gamla traumat.

En uppföljning av kvotflyktingar, som flyttat från förläggning 1976/78 visade en stor instabilitet bland de unga föräldrarna under de första åren varefter ungefär hälften av äktenskapen upplöstes genom skilsmässa.

Hos tortyroffer finner man klara minnesluckor för tiden av fångelsevistelsen upp till månader och år samt koncentrationssvårigheter och minnesluckor. Tandläkare som har behandlat tortyroffer har funnit att de är intensivt rädda för tandläkarstolen och tandläkarinstrumenten eftersom tortyr ofta riktade sig mot munhålan.

De traumata som föräldrarna utsattes för har i många fall direkt eller indirekt berört barnen, vilket gör också dem till en riskgrupp. Internationella undersökningar av flyktingbarn visar att depressioner, ångesttillstånd och regressiva beteenden, som utlösts i samband med flyktingsituationen, synes kvarstå över tid.

2.4.5 Invandrares tandhälsa

Invandrares tandhälsa, både barns och vuxnas, riskerar att försämrans i Sverige. Sydeuropeiska barn har relativt friska tänder vid ankomsten till

Sverige men har visat sig utveckla karies till följd av ändrade kostvanor och ökat sockerintag.

Finska barn har uppvisat mer karies vid ankomsten till Sverige än vad svenska barn har, men deras tandstatus visade ytterligare försämring under en uppföljande tvåårsperiod (47-49).

Enligt Aurelius förefaller många invandrarfamiljer ha förändrat sina kostvanor i Sverige på ett sådant sätt att barnens tandhälsa äventyras. Intaget av viktiga födoämnen – för sydeuropeerna frukt och grönsaker, för finländarna kött – har minskat och ersatts av en ökad konsumtion av sötsaker. Sambandet mellan kost och karies är ofta okänt, tandborstning görs inte regelbundet och det saknas ofta erfarenhet av förebyggande tandhälsövård överhuvudtaget.

Tillgången till tandläkare är dubbelt så hög i Sverige som i Finland och i Turkiet är tandläkartätheten 10 gånger mindre än i Sverige. Det finns ett ackumulerat tandvårdsbehov hos vuxna, som aldrig har blivit tillgodosett i hemlandet.

Vid odontologiska kliniken på Huddinge sjukhus pågår undersökningar om finska invandras samt olika flyktinggruppers tandhälsa och tandvårdsbehov. Ett urval finska medborgare visade en högre andel tandlösa individer jämfört med den svenska populationen, ett lägre antal kvarvarande tänder i alla åldersgrupper och fler obehandlade tandluckor. De behandlade tandluckorna bestod mera sällan av broar och oftare av avtagbara proteser, som ofta var i dåligt skick (86).

En studie av latinamerikanska flyktingar visade ett måttligt tandvårdsbehov, men hög förekomst av tandköttinflammation och begynnande tandlossning. Hos de vietnamesiska båtflyktingarna förelåg ett mindre tandvårdsbehov än vad som tidigare visats i andra invandrargrupper.

Behovet av information om kost, munhygien och förebyggande tandhälsövård i olika invandrargrupper är stort. Hur man i praktiken skall ersätta de från hemlandet traditionella men i Sverige svårt åtkomliga och dyra matvanorna med andra som är fullvärdiga ur näringssynpunkt är en viktig fråga.

2.5 Ospecifika invalidiserande tillstånd gör helhetssynen nödvändig

En bild av hälso- och sjukvårdens kontakt med invandrare kan först erhållas om man betraktar invandrarernas hela situation – från erfarenheterna före och i samband med uppbrottet till omplanteringen och den successiva anpassningen till nya förhållanden.

Från rehabiliteringskliniker och försäkringskassans pensionsdelegationer rapporteras om en överrepresentation av invandrapatienter med oklara smärttillstånd i framför allt nacke och skuldror. Påfallande många är kvinnor under 45 år från sydeuropeiska länder. De har ofta lång sjukskrivning bakom sig. I vissa fall har läkare och försäkringskassa vägrat att förlänga sjukskrivningen, men patienterna har inte orkat återgå i arbete. Möjligheterna att med rehabiliteringsåtgärder slussa ut dessa patienter på arbetsmarknaden igen är små.

Kvinnorna har ofta rört sig mellan hemmet och arbetsplatsen (isolerade städarbeten, arbete i skift) och har få relationer utåt. De talar svenska bristfälligt och har dålig skolunderbyggnad. En del är analfabeter. Patienterna bedöms som klart arbetsoförmögna, men deras subjektiva smärtor motsvaras inte av medicinskt objektiva fynd.

Rehabiliteringsförsöken går ut på att förutom medikamentell och fysikalisk terapi samt sjukgymnastik ge dem en bättre utgångspunkt i det svenska samhället genom svenskundervisning, sociala åtgärder, arbetsträning etc.

I kontakten räcker inte tolksamtalen långt. Språksvårigheterna utgör också hinder för den arbetsträning som erbjuds då vissa patienter inte förstår skyddsföreskrifterna. Personalen känner sig dåligt rustade att möta dessa patienters behov.

På rehabiliteringsklinikerna är man på det klara med att det rör sig om ett samspel av faktorer som har med patientens sociala situation och själva invandrarsituationen att göra. Tidigare insatser från sjukvården synes snarare ha bidragit till symptomfixering, långa sjukskrivningar och därmed en för tidig utslagning. Försäkringskassans hot om indragning av sjukpenning synes bidra till en symptomförstärkning (51).

Hur grekiska kvinnor uppfattar sin kontakt med hälso- och sjukvården har beskrivits av två språk- och kulturkompetenta socialarbetare (Antonopoulos och Beis).

Tillvaron för kvinnorna karakteriseras ofta av ett liv utan närkontakter, bristfälliga kunskaper i svenska, hårt och smutsigt arbete, oro för barnen och försämrade relationer mellan makarna. De småkrämpor som många kvinnor får och den förslitning som uppstår genom arbetet blir därför en välkommen vila och ett sätt att omedvetet undgå många plågsamma situationer såväl i arbetet som i hemlivet.

Detta kombinerat med okunnighet också när det gäller den egna kroppen gör att kvinnorna relativt snart fastnar i sjukdomsfixeringar. Man har ont och det onda förvärras av att man inte förstår orsaken.

Man förhåller sig passiv och förväntar sig att läkaren skall bota det onda. Ängesten påverkas mycket litet av positiva besked från sjukvårdens sida. I stället föds en misstro mot läkaren och kvinnan söker en ny.

Ordinationerna upplevs obegripliga, t ex att hälsosituationen förbättras genom att utföra vissa rörelser eller hålla diet. Då det i Grekland inte finns någon psykosocial tradition är det fullständigt främmande för dessa kvinnor att besvären kan ha psykosocial karaktär. Många kvinnor blir djupt deprimerade, ibland förvirrade och nästan alltid djupt förtvivlade. De orkar inte sköta sina hemsysslor, förlorar alltmer kontakten med familjen och isoleringen blir i det närmaste total.

Vad som händer i patienternas kontakt med sjukvården har av socialmedicinska läkare schematiskt beskrivits i termer av en *sjukvårdskarriär* (52). "Genom de ökade sociala och psykiska påfrestningarna, som hon samtidigt utsätts för som invandrare, kan den sammanlagda belastningen bli så stor att hon sviktar inför påfrestningar, som hon annars skulle klara av. Invandrarsituationen rymmer en rad konflikter som kan lösas genom att få ett symptom". Det är jämförelsevis vanligt att kvinnorna insjuknar efter att ha varit i Sverige mellan 5-8 år.

Det första stadiet är *symptomdebuten* då patienten "löser" t ex en

familjekonflikt osv genom att "bli sjuk". Patienten söker läkare och man kan notera en ökande sjukskrivning och en ökande sjukvårdskonsumtion. En *positiv period* inleds, kontakten med läkaren är positiv. Patientens symptom utreds och behandlas. Försäkringskassan har en positiv attityd och ifrågasätter inte patientens sjukpenning. Patientens sjukroll är med andra ord accepterad.

Därefter följer en *negativ period*. Relationen till såväl sjukvården som försäkringskassan försämras. Läkaren blir irriterad på patienten, som inte blir bra. I journalerna finner man ofta ord som simulation och aggravaion. Patienten remitteras till olika specialister. Något rimligt somatiskt underlag till patientens besvär finner man oftast inte.

Behandlingsförsök förbättrar inte patienten. Försäkringskassan börjar ifrågasätta patientens sjukpenning och remitterar patienten på olika specialistkonsultationer. Patientens sjukroll *accepteras* med andra ord *inte längre*.

Den fjärde perioden kännetecknas av att man försöker "remittera patienten ut ur sjukvården". Patienten återvänder emellertid ofta till sjukvården för förnyade utredningar och förnyade behandlingsförsök.

Denna gång kanske patienten remitteras av försäkringskassan till något av Riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn eller Tranås för en två- till tremånaders utrednings- och rehabiliteringsperiod långt från hemorten.

Frågan man ställer sig är

- Vad hade kunnat göras tidigare?
- Vårdbehoven borde överhuvudtaget inte ha behövt uppkomma.
- Vårdbehoven synes ha förstärkts i kvinnornas kontakt med sjukvården.

Invandring kan innebära en positiv förändring och kontakten med svensk hälso- och sjukvård kan bidra till ett generellt sett bättre hälsotillstånd än i hemlandet. Men migrationsprocessen utsätter också invandraren för många hälsorisker inte minst psykiska. Barnens hälsa och utveckling är ofta relaterad till föräldrarnas anpassning och hur de mår.

Förebyggande insatser på samhällsnivå är nödvändiga. I kontakten med hälso- och sjukvården tenderar anpassningsproblem, som har sitt upphov i migrationen att medikaliseras och patienterna fastnar i en destruktiv rundgång. Om hälso- och sjukvården är kompetent att identifiera och möta invandrarnas behov skulle negativa sjukdomskarriärer kunna förebyggas.

3 Att förebygga anpassningssvårigheter

3.1 Att stärka den egna kompetensen

3.1.1 Betydelsen av ett socialt nätverk

Flera författare har tyckt sig finna samband mellan invandrades anpassning och samhällets öppenhet och generositet gentemot minoriteter.

Undersökningar har visat att förekomsten av en etablerad invandrargrupp med vilken han/hon kan identifiera sig tycks minska risken för psykisk sjukdom (92). Det är därför viktigt att ge invandrare möjligheter att etablera sociala kontakter i den omedelbara sociala omgivningen.

Vi har tidigare liknat migrationsprocessen – uppbrottet och nyorienteringen – vid en krissituation jämförlig med andra utvecklings- och traumatiska kriser som alla människor drabbas av någon gång i livet. Det som är karakteristiskt för en krissituation är att det kan vara mycket begränsade krafter som avgör om det hela tar en positiv eller negativ vändning. I första hand är det resurserna inom människors naturliga sociala miljö – det sociala nätverket – som kan ge den ofta erforderliga och tillräckliga hjälpen. I vår typ av samhälle där det sociala nätverket på många håll har tunnats ut har behovet av stödjande funktioner övertagits av samhällets institutioner.

I arbete med invandrare är det viktigt att bygga på invandrarnas naturliga grupper inte bara i förebyggande verksamhet utan också i behandling, d v s att använda sig av olika former av nätverksterapi.

”Att inte ta till en högre vårdnivå än nödvändigt är en viktig vårdideologisk princip inte endast av samhällsekonomiska skäl. Detta kan nämligen också främja människors känsla av autonomi och egen kompetens. Man får hjälp i den utsträckning som behövs för att man sedan skall orka arbeta vidare med problemen på egen hand. Detta skapar en tilltro till den egna förmågan som bl a är betydelsefull i kommande krissituationer” (90).

3.1.2 Samhällsorientering

Det är speciellt viktigt att möta invandraren med information och stöd i början av vistelsen. Man kan ge dem som passerar flyktingförläggningar en samhällsorientering. Det är naturligtvis svårt att nå andra nykomna invandrare med motsvarande information. Samhällsinformationen ingår som en viktig del i svenskundervisningen för invandrare. Kommunernas invandrarbyråer hjälper invandrare i deras kontakt med myndigheter,

förmedlar tolkhjälp och söker på olika sätt sprida information om invandrare till både myndigheter och befolkning.

Invandrarbyråerna fungerar mycket olika i olika kommuner. Undersökningar visar att kännedom om invandrarbyråns service brister både hos invandrare och svenska institutioner.

Invandrarverket ger ut den sk Sverigeboken, som innehåller en bred information om det svenska samhället på fjorton språk. Den ersätter det tidigare sk invandrapaketet.

Invandartidningen utkommer varje vecka med ett nummer på finska, serbokroatiska, grekiska, italienska och lätt svenska och varje månad med ett nummer på franska, spanska, polska, turkiska, tjeckiska och arabiska. Svenska myndigheter kan informera om sin verksamhet, invandrades rättigheter och lagar av betydelse. Vissa nummer kan utformas som temanummer.

TV är det medium som når flest invandrare. TV-program som vänder sig till invandrare har hög lyssnarfrekvens. Men även om man inte förstår språket har man glädje av programmen medan radio endast når de språkgrupper som programmen vänder sig till.

Den nuvarande informations servicen visar sig ändå otillräcklig. Undersökningar om invandrades informationsbehov visar på brister i invandrades kunskap om sociala rättigheter och vart man vänder sig i olika situationer. Sålunda fann Björkegren och Thor att information om invandrarföräldrars rätt till vårdbidrag för handikappade barn inte hade nått 6 av 19 undersökta familjer trots att dessa barn var inskrivna hos omsorgsnämnden (88).

Ålunds interjuver med finländare, jugoslaver, greker, turkar och latinamerikaner visar en utbredd oförmåga att själva eller ens med hjälp av invandrarbyrån ta kontakt med bl a utbildningsväsendet och hälso- och sjukvården. Man förlitar sig istället på någon mer erfaren vän eller släkting inom egna gruppen.

Språket är givetvis ett hinder. Erfarenheterna talar för att den 240 timmars svenskundervisning man är berättigad till inte är tillräcklig och att många inte ens får 240 timmar. Andra faktorer spelar säkert in som heterogena grupper, studieovana för att inte tala om analfabetism. Rättigheten att få svensk undervisning under arbetstid visar sig i stort fungera tillfredsställande endast på större arbetsplatser.

Erfarenheter tyder på att många, särskilt kvinnor, inte kan delta i grundutbildningen för vuxna (alfabetisering) därför att barnomsorg eller barntillsyn saknas. En kartläggning av detta förhållande har startats av statens invandrarverk och socialstyrelsen gemensamt.

Nära förknippat med språkhinder är svårigheten att förklara våra samhällsfunktioner för invandrare med andra samhällssystem. Vad är ett län, ett landsting eller kommun. Att man får sjukpenning när man blir sjuk och att denna kan ifrågasättas och dras in trots att man fortfarande är sjuk och varken kan eller får något arbete förefaller obegripligt. Det är inte svårt att föreställa sig att den information som behandlar medborgares kontakt med svenska myndigheter, rättigheter och skyldigheter, har svårt att nå människor utanför vår egen krets. Ett illustrativt försök gjordes med en grupp svenska tjänstemän som fick ett myndighetscirkulär där vissa "svåra" ord var uttraderade. De hade inga möjligheter att uppfatta meddelandets rätta

innebörd.

Den information som myndigheten tillrättalägger för invandrare baserar sig på, enligt Ålund, myndigheternas egen tolkning av invandrares behov (94).

Erfarenheter och gjorda studier visar att information måste avpassas till de olika gruppernas behov på ett kulturrelaterat sätt och spridas på kanaler som når fram för att det svenska samhället skall göras tydligt för invandrare. Endast i samarbete med invandrargrupperna själva och deras organisationer torde detta syfte uppnås. Vidare måste olika förvaltningar och myndigheter göras medvetna om sina informationsskyldigheter – inte bara att informera utan att så långt som möjligt förvissa sig om att informationen också når fram.

Behovet av riktad information till olika etniska grupper i bostadsområdena påtalas i rapporter från familjepedagogisk verksamhet samt samhälls- och fältarbetare inom socialtjänsten.

Familjepedagogisk verksamhet har bedrivits med medel från socialstyrelsen bland zigenare och flyktingar. Verksamheterna har varit avsedda att hjälpa dessa grupper under en omställningsperiod för att så småningom upphöra. Enligt familjepedagogernas rapporter synes det vara ett arbete på lång sikt att få samhällets övriga institutioner att införliva en verksamhet som följer upp alternativt motsvarar familjepedagogernas. Nyanlända familjer behöver bli socialt orienterade och få praktisk hjälp men det viktigaste syftet är att förmedla den kunskap som är nödvändig för att klara det dagliga livet på egen hand. Det är viktigt att öka beredskapen hos gruppen som helhet så att de i gruppen kan stödja och hjälpa varandra inbördes och nykomna landsmän. De ordinarie svenska institutionerna måste få ökad kunskap och förståelse samt utveckla arbetsmetoder i samarbete med invandrare, deras grupper och organisationer. Familjepedagogerna beskriver en av sina funktioner som att vara "kulturtolk". Kunskap om både invandrargruppens kultur och det svenska samhället är en förutsättning för att på sikt möjliggöra för invandrargruppen att klara sig själv i det svenska samhället.

I familjepedagogernas rapporter finns ofta målände beskrivningar av hur bristande social orientering bidrar till kollisioner och missförstånd mellan invandrare och svenskar. Det gäller inte minst personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården som på grund av bristande kunskap och beredskap inte har anpassat verksamheten till nya behov.

Ur Latinamerikanska familjepedagoggruppen i Tensta/Rinkebys rapport 1979/80:

"I de fall konflikter uppstår mellan familjer och svenska samhällsinstitutioner, t ex i handläggningen av ett barnavårdsärende, ser vi det viktigt att bli anlitade, vilket också hänt i flera fall. Eftersom vår arbetsgrupp består av människor som både representerar olika yrken och de två aktuella kulturerna, den latinamerikanska och den svenska, anser vi att vi har bra förutsättningar att tolka de olika specifika kulturyttringarna som uppvisas både av familjens medlemmar och av svenska tjänstemän. Vi kan också förmedla de delar av det svenska samhällets regelsystem som de nödvändigtvis måste känna till för att den aktuella konflikten ej ska förvärras, och givetvis de rättigheter de har och ej känner till. Det är viktigt att notera att funktionen som 'kulturtolk' inte kan utövas av en enskild familjepedagog, utan måste vara ett grupparbete, ett resultat av

gemensamma diskussioner och avvägningar, där arbetsgruppens sammantagna resurser tas till vara och där gruppmedlemmarna stöder och berikar varandra.”

3.2 Att öka kompetensen i samhället att möta invandrarnas behov

Att underlätta invandrarnas anpassning är primär psykisk hälsovård. Socialtjänsten, den förebyggande hälsovården, kroppssjukvården, familjerådgivningen, arbetsförmedlingen, alkoholrådgivningen m m är exempel på institutioner som är viktiga när det gäller att möta invandrades anpassnings-svårigheter och psykiska problem.

3.2.1 Att arbeta kulturöverbryggande

Från många institutioner rapporteras om upplevda svårigheter att arbeta med invandrare och en stor känsla av osäkerhet. Det är inte längre så att man är omedveten om problemen, förnekar att de finns, utan det föreligger snarare en stor osäkerhet inför hur man skall angripa dem. Att hävda barnets rätt och välfärd och i svårare fall ingripa mot föräldrarnas vilja är ett mycket svårt område inom de familjerättsliga avdelningarna. Osäkerheten kan ta sig i uttryck dels genom att man ingriper inför beteenden som är kulturellt relevanta men enligt svensk syn tycks avvikande, dels att man inte ingriper förrän det är för sent därför att man vill vara kulturtolerant.

Det förefaller mycket viktigt att kunna arbeta med hela familjen och överbrygga kulturklyftorna gentemot olika institutioner i samhället när det gäller invandrare. Den helhetssyn som alltid påtalas när det gäller inte minst socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser synes vara en absolut förutsättning när det gäller att orientera invandrare in i svenska samhället. Kulturklyftor och andra hinder behöver överbryggas gentemot förskola, skola, arbetsförmedling, försäkringskassa etc.

Den grekiska gruppen, som består av svenska socialarbetare med grekisk kulturkompetens och som arbetar med hela Stockholm som upptagningsområde, har bedrivit ett kulturförmedlande arbete riktat såväl till de grekiska familjerna som till de svenska myndigheterna. De har bedrivit en omfattande informations- och utbildningsverksamhet. Verksamheten initierades av förhållandet att grekiska föräldrar i så stor utsträckning skickade hem sina barn när de kom upp i skolåldern, vilket både barn och föräldrar for illa av (87).

Arbete inriktat på konkreta åtgärder som enspråkiga förskolegrupper, kontakt och upplysningsverksamhet i syfte att undanröja misstro hos grekerna samt information till svenska myndigheter har varit de viktiga beståndsdelarna i verksamheten.

Genom att använda sin dubbla kulturkompetens i arbete nära familjerna har de i sin upplysningsverksamhet bidragit till kunskap och förståelse av olika hinder i den grekiska gruppens anpassningsprocess.

Från familjepedagoger och den grekiska gruppen, som nära följt invandrarfamiljers anpassningsprocess till svenska förhållanden trycks starkt på behovet av information, rätt avpassad och kulturöverbryggande dvs

utifrån kunskap om dels respektive invandrargrups bakgrund, dels det svenska samhället. Man ställer sig avvaktande mot benägenheten att psykologisera problem, som naturligt uppkommer till följd av att som individ ställas i en ny och främmande situation utan att kunna kommunicera.

Det finns också en tendens att dramatisera invandrarnas situation, särskilt de som tillhör en kultur till vilka vi har en stor distans. Mänskliga egenskaper som vi alla har gemensamt kan omtolkas, som t ex att sträva efter att få det bättre, att vilja våra barn väl och att de skall överta våra värderingar och syn på livets väsentligheter, att vi känner osäkerhet inför det som är främmande, oro för ekonomiska svårigheter, sjukdom etc.

Att det svenska samhället har genomgått en mycket snabb teknologisk förändring och att livsmönstren därmed förändrats under bara de senaste decennierna ger en läsning av Gotlandshuset (89) en föreställning om. I Gotlandshuset återger en distriktssköterska vad tre generationer som bott i huset berättat för henne. Om detta innehåll skulle förmedlas till invandrare från agrara områden i Turkiet och Sydeuropa skulle samtidigt mycket av den främlingskänsla som de nu känner, övervinnas.

Arbetet med invandrare börjar med att man som svensk också blir medveten om att man har en egen kultur och granskar den. Hur kommer sig vissa seder och bruk och invanda beteenden och andra självklarheter? Är vårt beteende adekvat och i så fall varför och i relation till vad?

De som arbetar med invandrare har beskrivit vilken spännande och även oroande upptäckt det har inneburit att få sina egna värderingar och beteenden ifrågasatta av invandrare och sedan börja granska dem i ett kulturjämförande perspektiv.

3.2.2 Krisstöd och kristerapi

Invandrarna är ofta utsatta för stora miljömässiga påfrestningar samtidigt som de har sämre förutsättningar än svenskarna att få stöd i krisituationer.

Att själva migrationsprocessen innebär så stor omställning att den ofta återverkar på den psykiska hälsan har redan berörts. Bristande psykisk balans kan också i vissa fall ha varit en faktor bakom beslutet att emigrera. Migrationsprocessen som innefattar olika steg kan ses i ett kristeoretiskt perspektiv inom vilket förmågan att bearbeta svårigheter i föregående steg är en förutsättning för att kunna gå vidare till nästa steg i anpassningsprocessen. Krisreaktioner återkommer under migrationsprocessens olika stadier och behöver arbetas igenom. I en rapport som bygger på intervjuer med latinamerikaner behandlas situationen för flyktingar i exil. Efter några års vistelse i Sverige uppstår ofta en besvikelse och kris. Efter att ha satsat energi på att lära sig allt det nya, lära sig svenska, utbilda sig för att göra karriär alternativt återvända hem när läget har lugnat sig, finner man att man i alla fall inte accepteras som svensk utan kommer att förbli "invandrare" med sämre möjligheter samt att möjligheterna att återvända till hemlandet alltså är stängda. Krisen sammanhänger med svårigheten att acceptera att denna situation som man befinner sig i är permanent med alla de begränsningar man känner.

Att svårigheterna ofta är stora i anslutning till uppbrottet från det egna

landet och till invandringen och att de kan ge upphov till krisreaktioner bör vara en insikt hos dem som arbetar med invandrare. Det är en viktig mentalhälsovårdsförebyggande åtgärd att känna igen krisens olika yttringar och bygga in kompetens att handskas med krisreaktioner. Det kan vara lämpligt att skilja mellan krisstöd och kristerapi.

I rapporten "Konsultation – att utveckla ett psykosocialt arbetssätt inom mödra- och barnhälsovården" definieras krisstöd som förebyggande psykiskt arbete (90).

Det krisstöd som ges inom ramen för den naturliga sociala miljön (släkt, vänner, arbetskamrater) är i regel av "sunt förnuft"-typ. Styrkan i detta stöd ligger inte minst i det personliga engagemanget.

Om det hos invandrarna själva finnes kunskap om normalpsykologiska reaktioner vid migration skulle de lättare kunna stödja varandra. Här torde det finnas en kulturkompetent resurs att utveckla – en uppgift för föräldrautbildningen och invandrarföreningar. Ett initiativ i denna riktning har tagits av Stockholm läns landsting som engagerat kontaktpersoner bland lekmän till familjer med omhändertagna barn.

Det krisstöd som ges inom normalinstitutionernas ram av den ordinarie personalen är likaledes oftast av "sunt förnuft"-typ. Det finns dock möjligheter att via fortbildning och handledning (konsultation) öka personalens kompetens i det här avseendet. Att ge personalen sådant stöd att de orkar med de psykiska påfrestningarna det innebär att möta individer i kris och orka utsätta sig för andras utsatthet utan att skärma av eller involvera sig mer än man klarar av är en angelägen uppgift.

Kristerapi däremot faller inom kategorin behandlingsarbete och ges mest på behandlingsinstitutioner (psykiatriska kliniker eller öppenvårdsmottagningar, PBU-mottagningar, familjerådgivningsbyråer och liknande). Kristerapi ges också av specialister inom ramen för normalinstitutioner såsom BVC, kroppssjukhus etc. Kristerapi bedrivs i regel av psykiater, psykolog eller kurator med utbildning i psykoterapi, sålunda av en specialist.

Huvudregeln bör vara att krisstöd ges inom den naturliga sociala miljön eller inom normalinstitutionerna. Först då dessa inte kan fylla sin uppgift träder behandlingsinstitutionerna in med kristerapi.

4 Vårdens tillgänglighet och kvalitet

4.1 Vård på lika villkor

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården, enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som trädde i kraft den 1 januari 1983, är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

I propositionen sägs att endast vårdbehoven skall avgöra insatsernas omfattning och karaktär. Det är landstingskommunernas uppgift att erbjuda en god hälso- och sjukvård och även i övrigt verka för en god hälsa hos befolkningen. I den proposition, som föregått lagen, sägs, att det är en viktig uppgift att utreda hur skilda förhållanden, som kan begränsa den enskildas möjlighet att utnyttja vårdutbudet, bör påverka hälso- och sjukvårdens inriktning och utformning. Särskild hänsyn måste tas till personer som tillhör språkliga, kulturella och religiösa minoritetsgrupper.

Enligt lagen (§ 3) innebär en god hälso- och sjukvård att den är av god kvalitet och att den tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, att vården är lätt tillgänglig, att vården bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att den främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. En god vård innebär också att vården och behandlingen så långt som möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

Lagen lägger alltså stor vikt vid vårdens tillgänglighet, det psykosociala vårdinnehållet, omvårdnad och information. I propositionen betonas att invandrarnas speciella förhållanden i dessa avseenden skall uppmärksammas. Således är det viktigt att ökad kunskap och förståelse i dessa frågor beaktas i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal.

Vad det här är fråga om är att ge utrymme för och tillämpa en socialmedicinsk helhetssyn och ett psykosocialt förhållningssätt och vidga detta till att omfatta olika kulturer och språkgrupper såväl när det gäller strukturella och organisatoriska förändringar som vårdinnehåll.

4.2 Vårdens tillgänglighet

Uppgifter från levnadsnivåundersökningen och undersökningen om svenska folkets levnadsförhållanden pekar på att invandrare inte söker vård i den utsträckning som de anser sig behöva.

Frågan är om ett lägre och annorlunda vårdutnyttjande hänger samman med bristande information och svårigheter att ta kontakt och/eller på att den sjukvård som normalt erbjuds inte upplevs som relevant?

Frågan om vårdens tillgänglighet belyses i en studie från Linköping i vilken ett mindre antal ur den invandrade befolkningen från Finland, Jugoslavien, Grekland, Turkiet och Chile intervjuades om sin tolkanvändning och upplevelser vid kontakten med hälso- och sjukvården (104). Med undantag för chilenerna är det påfallande många som uppger att de inte har fått någon samhällsinformation om hur de skall komma i kontakt med sjukvården.

Bland finländarna var det flera som ansåg att det inte förelåg något större informationsbehov eftersom sjukvården i Finland mycket liknade den i Sverige och flertalet tyckte det är lätt att ta kontakt. En mindre del av gruppen hade vid något tillfälle inte sökt läkarvård, trots att man ansåg att det skulle ha behövts, framför allt på grund av språkproblem.

Bland grekerna spreds informationen om hur man skulle komma i kontakt med sjukvården genom släkt och vänner. Ungefär hälften av de intervjuade tyckte att det var svårt att ta kontakt framför allt på grund av språkproblem.

Det tyckte också de flesta i den turkiska gruppen. Vanligen bad man någon anhörig som kunde svenska att hjälpa till eller så vände man sig till en tolk. Många ansåg att kontakten försvårades av att man inte visste vart man skulle vända sig och att man ständigt hänvisades till någon annan.

Majoriteten i den jugoslaviska gruppen hade tagit direkt kontakt med sjukvården medan en mindre del tagit kontakt genom släktingar eller tolk. Större delen tyckte också att det var lätt att ta kontakt.

Distriktssköterskan kan vara en viktig informationskälla, både för information om sjukdomar och information om vart man bör vända sig vid sjukdom. I den jugoslaviska gruppen, en grupp som varit förhållandevis länge i Sverige, kände flertalet till distriktssköterskans arbetsområde. Större delen av den grekiska och den turkiska gruppen kände däremot inte till vad en distriktssköterska gjorde eller vad hon skulle kunna hjälpa till med. Av finländarna och chilenerna hade ungefär hälften någon kännedom om distriktssköterskan.

För att belysa hur olika invandragrupper söker vård i jämförelse med svenskar refereras i det följande till en studie av vårdutnyttjandet vid Huddinge sjukhus akutmottagning. Invandrare definierades som utländska medborgare med finsk, turkisk, jugoslavisk eller grekisk nationalitet. I undersökningen jämförs den finska gruppen med de tre sistnämnda under samlingsbeteckningen "medelhavsbor" (96).

Vårdutnyttjandet skilde sig mellan olika befolkningsgrupper och olika åldrar. På akutmottagningen var utnyttjandet lika stort för den svenska som för den invandrade befolkningen i åldern 0-14 år. I åldern 15-44 år däremot stod invandrarna för 19 procent fler besök per 100 invånare än de svenska medborgarna. Å andra sidan var invandrarna underrepresenterade vid olika specialismottagningar för icke akutsjukdomar.

Kvinnor från medelhavsområdet var överrepresenterade på de internmedicinska, gynekologisk-obstetriska och allmänkirurgiska mottagningarna. Däremot hade de till skillnad från de finländska kvinnorna få besök på den psykiatriska mottagningen. Bland männen hade både finländare och

medelhavsbor besökt den internmedicinska akutmottagningen oftare än svenskarna. Männen från medelhavsländerna hade sällan sökt akut för allmänna kirurgiska åkommor. Skillnaderna kan tänkas avspegla olikheter i konsumtion av alkohol, en faktor som ofta medverkar vid olycksfall.

En tänkbar förklaring till varför invandrabarnen inte sökte akutmottagningen anges kunna vara att många har fått hjälp genom barn- och skolhälsovården.

Vuxna invandrare har vänt sig till akutmottagningen i stor utsträckning samtidigt som en undersökning från en vårdcentral i upptagningsområdet visar att de sökt där i mindre omfattning än andra.

Den troligaste förklaringen är bristande information om hur sjukvårdssystemet fungerar, och att akutmottagningen är mer lättillgänglig. Där finns inte sådana spärrar som telefonbeställning, remisstvång och väntetider. För den som inte behärskar språket är det överhuvudtaget svårt att beskriva i telefon vad det är för fel. Dessutom finns rent praktiska hinder. Bland invandrare saknar 20 procent telefon jämfört med 4 procent av svenskarna.

Det påvisades vidare att invandrare inte sökte specialistmottagningarna i samma utsträckning som svenskar. Detta kan enligt författarna återspegla en lägre besöksfrekvens också hos privatläkare, vårdcentraler och företagshälsovård, alltså vid sådana vårdenheter där man kan få remiss till sjukhuset. Genom att utnyttja den mera lättillgängliga akutmottagningen får de en mer fragmentarisk och episodisk vård än vad som är vanligt för svenskar som i högre grad utnyttjar hälso- och sjukvårdens differentierade vårdutbud.

4.3 Vårdens innehåll och kvalitet

En annan orsak till ett lägre och annorlunda vårdutnyttjande torde hänga samman med hur man uppfattar den erbjudna vårdens innehåll – om den upplevs relevant eller inte.

I samtliga grupper som ingick Linköpingsutredningen var (104) flertalet nöjda med det bemötande och den behandling man fått. Hos en mindre grupp fanns det ett klart missnöje, som riktade sig mot långa väntetider, att man föstes runt och att läkarna inte visade det intresse och den noggrannhet man förväntat sig. I samtliga grupper med undantag för den finska som uppgav att de båda ländernas sjukvård hade mycket gemensamt, ansåg man att vården generellt verkade bättre i Sverige. Här kan alla erbjudas samma vårdkvalitet, vilket inte är fallet i hemlandet. Bland jugoslaverna framfördes dock synpunkter på att den förebyggande vården i hemlandet fungerade bättre, att det är lättare att få tid hos läkare och att dessa även har tid att följa upp patienterna.

Andra undersökningar och uttalanden av invandrare tyder på viss avvaktan och även misstro mot svensk sjukvård. Erfarenheterna från invandarmottagningen vid psykiatriska kliniken vid Huddinge sjukhus, Lillhagens sjukhus med flera institutioner där det funnits tillgång till språk- och kulturkompetent personal visar att antalet vårdsökande vuxit lavinartat.

Det finns också uppgifter om att man ibland uppskjuter sina läkarbesök för att i stället söka läkare i hemlandet under semestern eller reser man och söker

läkare därför att man inte tyckt sig bli förstådd eller litat på den svenske läkarens behandling.

Det är emellertid vanskligt att uttala sig om orsaken till varför invandrare söker vård i hemlandet under semestern. En undersökning av i Sverige bosatta finländares besök vid hälsocentralerna i Uleåborgs och Lapplands län under sommarsemestertid visade att den vanligaste besöksorsaken var akuta sjukdomstillstånd. Endast i 2,5 procent av fallen var orsaken språksvårigheter i Sverige (100). En annan delstudie i samma projekt visar dock ett stort dolt psykiatriskt vårdbehov. Av patienter som enligt läkare hade rent psykiska symptom hade över hälften inte anlitat läkare i Sverige (101). Motsvarande undersökningar när det gäller andra invandrargrupper saknas.

4.3.1 Mötet invandrare – sjukvård, en ömsesidig process

Att bli förstådd hänger givetvis inte enbart samman med språksvårigheter, utan också med de förväntningar patienten har på sjukvården, främst på läkaren och dennes behandling, infrias.

Mötet mellan patient och sjukvårdspersonal är alltid en ömsesidig process. Patienters och personals efarenheter, synpunkter och värderingar ställs mot varandra. Många av de svårigheter som uppstår i mötet mellan invandrapatienten och den svenska sjukvårdspersonalen gäller alla patienter men uppförstoras i det kulturella perspektivet, där skillnaderna i uppfattning är så mycket mera märkbar.

Vårdspersonalen är präglad av sitt kulturarv, vårdutbildningen och det sjukvårdssystem de arbetar inom.

Utbildningen fostrar till en övervägande biologisk syn på hälsa och sjukdom med ganska lite hänsynstagande till den sociala miljö patienterna kommer ifrån och praktiskt taget ingen uppfattning om hur människor i andra kulturer lever. Det avsätts relativt lite tid för patienternas upplevelser och relationerna mellan patient och vårdspersonal. Man utbildas i den egna skolans traditioner i vad som är "vetenskap och beprövad erfarenhet" och är främmande för andra kulturers förklaringar av sjukdomars uppkomst och närmast misstänksam mot alternativa behandlingsmetoder.

Det svenska sjukvårdssystemet karakteriseras alltså av att sjukvården i stor utsträckning bedrivs på stora sjukhus med många olika specialiteter, mellan vilka patienter remitteras. Man arbetar under tidspress och med fasta rutiner som är svåra att ändra på. Utvecklingen mot en fungerande primärvård pågår.

Invandrapatientens utgångsläge är givetvis mycket svårare än den svenska patientens. Mötet med det svenska sjukvårdssystemet och den svenska vårdspersonalen kompliceras av språk- och kulturbarriärer samt de speciella svårigheter som sammanhänger med uppbrott från en invand miljö och kraven på att orientera sig i ett nytt samhälle.

Det vi kallar invandrarproblem i sjukvården är i själva verket sjukvårdens svårigheter att möta invandrapatienter.

4.3.2 Kulturbarriärer

Språksvårigheter och kulturkonflikter bildar ett oupplösligt mönster och påverkar kommunikationens innehåll och därmed resultatet av såväl förebyggande åtgärder, diagnostisering, behandling och omvårdnad.

Sjukdomsbegreppet – vad som är friskt eller sjukt – hur vi betar oss vid sjukdom och hur samhället svarar på behoven är en del av vår kultur. Skillnaderna i syn på vad som är friskt och sjukt är givetvis större mellan oss och invandrare från de kulturer till vilka distansen är stor.

Lisbeth Sachs (106) har i sin medicinantropologiska undersökning av kvinnor från den turkiska landsbygden delat in det system inom vilket människor söker hjälp vid sjukdom i tre sektorer

- en personlig sektor, d v s det närmaste nätverket av släkt och vänner
- en folklig sektor, dvs i detta fall magiker, läkemän, läkemedel
- en professionell sektor, dvs formell sjukvård och dess teknik och mediciner.

De turkiska invandrarna i Tensta har i förhållande till många andra invandrargrupper en stark gemenskap inom sin etniska grupp, alltså ett förhållandevis starkt socialt nätverk. Motsvarigheten till deras personliga sektor inom sjukvårdssystemet saknar svenskar i allmänhet. Vid besök i hemlandet kontaktas läkemän, magiker och man ber släktingar skicka amuletter, mediciner etc.

Den vetenskapliga sektorn i turkens hemtrakt består av mediciner som går att köpa i byhandeln, ett litet sjukhus med 15 sängar, tre privatpraktiserande läkare. Vid behov reser man till Ankara eller Konya dit man tar sig på ca två timmar för att besöka privatläkare eller ett större sjukhus. De större sjukhusen besöks i allmänhet endast vid mycket svår sjukdom, eller då man är döende.

I Sverige går man till mödra- och barnvårdscentral fast man inte är sjuk. Man går till det stora sjukhuset oberoende av krämpans art. Medicinen är receptbelagd. Man blir sjukskriven och får betalt för att man är sjuk. Det kan vara svårt att överföra sina förväntningar och rikta sina behov på hjälp till rätt instans i detta stora och främmande system.

Alla samhällen har sin egen sjuklighet, som dess medlemmar vant sig vid och förväntar sig. Uppfattningen om vad som betraktas som allvarligt varierar därför. Den som alltid bär på tarmparasiter och lider av anemi uppfattar sig som frisk och finner inte anledning att söka läkarvård förrän symtomen blir besvärande. Lisbeth Sachs egna värdar i den turkiska byn ansåg inte att 40 graders feber och diarréer var någon anledning till oro eller sängläge. I detta läge avkortade hon sin resa för söka en "västerländsk läkare". Hon drar parallellen till invandrade turkiska patienter, som inte upplever sig bli tagna på allvar utan reser hem under åberopande av "jag hade inte överlevt Sverige".

Objektivt kan sjukdom konstateras om det visar sig att en sjuklig process pågår, medan patienten inte behöver uppfatta sig som sjuk förrän symptomen visar sig.

På svenska täcker ordet sjukdom både den professionellt konstaterade

åkomsten och den enskildes upplevelse av förändring, obehag, smärta etc. För att differentiera mellan den upplevda, kulturrelevanta bilden av sjukdom å ena sidan och den professionellt diagnostiserade åkomsten å andra sidan refererar Sachs till de i medicinskt antropologisk litteratur använda begreppen "illness" och "disease".

Med utgångspunkt från cancer diskuteras hur "disease" ofta förekommer innan man kan tala om "illness". Möjligheten att förebygga en allvarlig utgång anses vara tidigupptäckten av sjukdomen, "the disease". Redan när patient och läkare tillhör samma kultursfär och delar vissa uppfattningar om hur sjukdom yttrar sig kan, som visat sig i psykologisk litteratur, olika försvarsmekanismer bidra till bortförklaring och fördröjning att söka läkarvård.

När det gäller patient och läkare från olika kulturer, som inte delar sjukdomsbegrepp överhuvudtaget, blir kommunikationen än svårare. I kulturer där människor ofta lever utan kontakt med västerländsk medicin uppfattas t ex cancer oftast som en sjukdom som dödar eftersom man söker hjälp först i sena skeden då symptomen, obehagen och smärtan blivit påtagliga.

Om det upptäcks vid en hälsokontroll att en patient har cancer i begynnande skede och hon inte har upplevt några symptom, som överensstämmer med hennes bild av cancer kan det vara svårt att motivera en behandling.

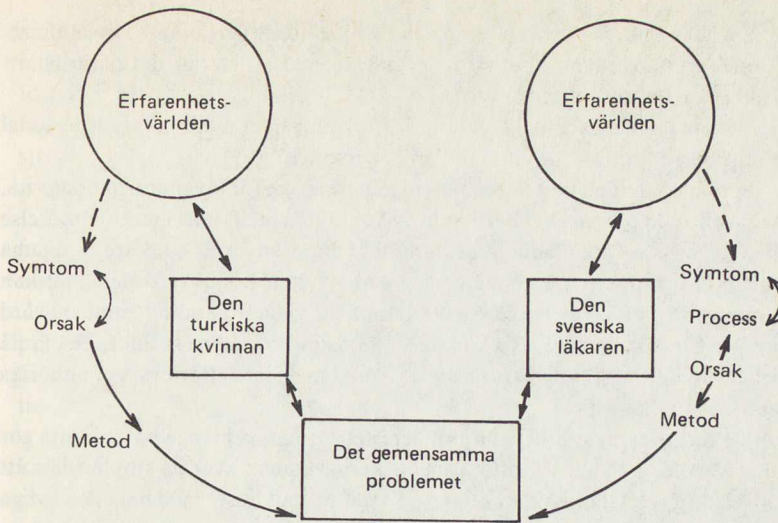
Det kan också vara så att det som verkligen är "diseasen" cancer har många olika benämningar bland medlemmarna i ett visst samhälle. En svensk patient som får besked om att han/hon har cancer utan att "illness" förekommit kan gå in i en "illness" just genom beskedet. Den patient som inte tror att sjukdom finns förrän vissa symptom har visat sig, går inte in i en "illness" bara av oförklarliga beskrivningar från en främmande doktor.

Om patient och läkare är överens i sin tolkning av att cancer föreligger, dvs att "illness" och "disease" överensstämmer måste ändå förväntningarna på behandling och inställningen till orsakssammanhången klargöras för att båda parter skall kunna samarbeta.

Sachs har illustrerat mötet mellan läkare och patient med olika kulturell erfarenhetsvärld i följande figur (figur 3).

För att den västerländske läkaren skall kunna ställa en diagnos är han intresserad av den underliggande processen. En nedre luftvägsinfektion och cancer klassificeras inte som hostsjukdom, även om det yttre beviset för båda tillstånden är hosta. Den turkiska patienten och många svenska patienter definierar sitt tillstånd mera direkt efter beviset hosta och vill ha bot för den. Därmed hoppar de över den del i det diagnostiska systemet som utgörs av processen. Varför man vill utreda processen med hjälp av röntgen och olika prover innan man ger behandling är något som patienten kan ha svårt att förstå. Det kan uppfattas som ett uttryck för osäkerhet hos läkaren, vilket i sin tur medför misstro hos patienten som då antingen eller samtidigt vill pröva sina egna metoder.

Missförstånd kan ofta leda till en förstärkning av egna trosföreställningar och metoder. För den svenske läkaren är det viktigt att förstå och acceptera att patientens föreställning har sitt berättigande inom patientens egna kulturella miljö. För patienten innebär mötet dels att han inte finner sina



Figur 3. Modell över relationen personal – invandrapatient. Källa: Sachs, Turkar i svensk förort 1980

egna föreställningar vara bärkraftiga, dels att han avkrävs en annan tro. Med det goda rykte som svensk sjukvård har och det behov av tillit till läkaren som de flesta patienter har är patienterna i stor utsträckning beredda att anpassa sig. Men den kliniska situationen och bristen på transkulturell kompetens innebär inte de bästa vägarna till förståelse. Invandrapatienten känner i stället ett rutinmässigt avståndstagande och hans synpunkter blir inte kända (114).

Vissa patienters föreställningar och uppträdande i samband med sjukdom, särskilt från kulturer till vilka den kulturella distansen är stor, överraskar den i svensk skolmedicin utbildade läkaren liksom den övriga sjukvårdspersonalen. Vissa patienter, särskilt de från jordbruksbygder där analfabetismen är utbredd, har ofta endast begränsade kunskaper om kroppen och dess funktioner. Sådan kunskap kan också vara omgärdad av religiösa tabun. Detta medför att patienterna har svårt att lokalisera sina symptom och beskriva dem på ett för den svenska sjukvårdspersonalen begripligt sätt samtidigt som de i sin tur har svårt att uppfatta informationen.

En konsekvens av bristande kommunikation visar sig i svårigheter att diagnostisera. Diagnoskategorin "symptom och opreciserade fall" var dubbelt så vanlig bland finländskor och fyra gånger så vanlig bland medelhavskvinnorna i Magnussons och medarbetares material från Hudinge sjukhus (96).

En annan konsekvens av kommunikationssvårigheter är att man från läkarens sida nöjer sig med en lägre grad av förståelse i samband med undersökning och anamnesupptagande och hellre lägger in patienten, skickar henne på flera röntgen- och laboratorieundersökningar osv under vilken tid patienten sjukskrivs. Vilka konsekvenser som i sin tur lång sjukskrivning och fixering vid symptom kan få för människor beskrivs i avsnitt 2.5. Läkare kan tvingas sätta diagnos på komplexa anpassningstillstånd för att sjukskriva arbetsoförmögna personer (alternativet är att dessa tidigt utslagna inte blir berättigade till ersättning).

De olika kulturmönstren får stor betydelse vid vården av sjuka invandrare. Under en behandlingskontakt och i omvårdnadsarbetet är det naturligt att friktioner uppstår.

Nedanstående exempel är hämtade från intervjuer med sjukvårdspersonal i uppsatsen "Sjuk i främmande land - Sverige" (99).

Språkproblemen medför en påtvungen isolering för invandrapatienterna, vilka därmed blir mycket beroende av kontakten med sina egna. I jämförelse med svenska förhållanden är familjekänslan mycket starkare i många invandragrupper. Erfarenheterna visar att svensk sjukvårdspersonal kan uppleva strömmen av besökare besvärande. I vissa situationer, som vid vård av svårt sjuka zigenare, blir sjukhuset mötesplats för ditrest släkt. Det är då fråga om kulturellt förankrade regler, som om de inte efterlevs, ger anhöriga starka skuld känslor.

De turkiska invandrarfamiljerna är ofta stora med många barn. Detta gör det svårt för någon av föräldrarna att kunna stanna kvar på sjukhus hos ett sjukt barn. Det har hänt att modern flyttat till sjukhuset med hela den livliga barnaskaran. Den starka familjesammanhållningen som sträcker sig över flera generationer har lärt en läkare att alla måste vara informerade om ett sjukt barns eftervård. Annars ifrågasätts givna ordinationer och föreskriven diet, vilket i sin tur medför att barnet måste tas in på sjukhus igen.

Även andra förhållanden mellan familjemedlemmar kan inverka i vårdsammanhang, t ex när mannen har en dominerande ställning som familjeöverhuvud och vid en auktoritär barnuppföstran. Å andra sidan uppfattas sydeuropeiska och turkiska kvinnor vara väl förankrade i sin kvinnoroll.

En kvinnlig gynekolog berättar att de turkiska kvinnorna ofta kommer tillsammans med mannen som då jämte tolken brukar vara med under det efterföljande samtalet.

Invandrare från många kulturer har mycket stränga moralregler. Detta försvårar för den yngre generationen speciellt för unga ogifta att använda preventivmedel. Aborten är den normala födelsekontrollen i en del öststater och bland grekiska kvinnor i Grekland. Vissa kvinnor kan ha gjort 10-15 aborter. Invandrare som tillhör islam är mer negativa till aborter men en del torde förekomma även bland dem. Inställningen till preventivmedel var i början av kvinnornas vistelse i Sverige mycket negativ och man trodde att det var farligt med spiraler. Men efter att ha fött ett barn per år i flera års tid verkar inställningen ha förändrats. En undersökning från ekonomiskt/historiska institutionen i Lund 1982 synes bekräfta dessa antaganden. Den visar att invandrarkvinnor gradvis närmar sig det svenska fertilitetsmönstret, vilket tyder på att deras inställning till familjeplanering genomgår en förändring - ett förhållande som i sin tur får till följd att bruket av preventiva metoder förändras (2).

Det är viktigt att ta hänsyn till matens betydelse i olika kulturer. Förbudet att dricka alkohol, äta fläskkött och blodmat gäller t ex för muslimer och judar och är ett religiöst tabu. Intervjuer med sjukvårdspersonal i den tidigare refererade uppsatsen uppvisar en stor variation när det gäller personalens kunskap och beredskap att anpassa sig efter invandrarernas seder. En senare undersökning omfattande intervjuer med muslimska och mosaiska trosbekännare och en enkätundersökning med nära ett hundratal sjukvårds-

anställda; dietister, ekonomiföreståndare, undersköterskor, avdelningsföreståndare och avdelningsläkare vid ett universitetssjukhus, visade samma förhållanden (97). Av intervjuerna framkom att patienter bara delvis vågade framföra sina kostönskemål och att de inte heller alltid vågade äta sjukhuskosten medan sjukhuspersonalen allmänt ansåg att dessa patientgruppers kostönskemål i allmänhet kunde tillgodoses.

Det finns exempel på hur kulturella och religiösa föreställningar om hygieniska och sexuella beteendemönster kan påverka invandrarens inställning till sjukvården.

En företeelse som omskärelse av pojkar är för invandrare ett religiöst problem, men ses av sjukvården som ett operationstekniskt problem. Man får stå på väntelista som till en operation, vilket inte stämmer med invandrarens behov av att förena händelsen med en religiös fest.

Invandrare kan känna rädsla för sjukhusvärlden i största allmänhet. De kan känna sig främmande för den högteknifierade vården. Föreställningar grundade på tabun och bristande kunskaper bidrar till rädsla att ta blodprov – blodet kan ta slut.

Å andra sidan kanske de är mera förberedda på dödsfall. På grund av den svenska medicinens teknologiska utveckling har det blivit möjligt att uppehålla livet på mycket svårt sjuka människor. Det är också möjligt att rädda de flesta barn till livet i samband med förlossningen. I länder med hög spädbarnsdödlighet är det därför ovanligt med handikappade och utvecklingsstörda barn.

De flesta som avlider i Sverige gör det på sjukhus. För vårdpersonalen innebär omhändertagande av döende med annan trosbekännelse en helt ny situation. Överhuvudtaget har vårdpersonal hittills fått mycket lite utbildning när det gäller döende och död. Först på senare år har detta problem uppmärksamrats. När det gäller invandrare kan omhändertagande av ett dödsfall ha inneburit onödiga konflikter och irritation därför att det från svensk sida har saknats kunskap och rutiner.

Socialstyrelsen har i allmänna råd låtit utarbeta en handledning för sjukvårdspersonal avseende grupper för vilka rutinerna vid omhändertagande av döende och döda skiljer sig från de i svensk sjukvård praktiserade. Råden har utarbetats med hjälp av företrädare för dessa olika religiösa och etniska grupper (113).

4.3.3 Språkhinder

En av patientens absoluta rättigheter är att kunna samtala, vilket betyder rätt att få tala på ett begripligt språk, rätt till information, rätt till lugn och ro och till kontinuitet i kontakten.

I förvaltningslagen §9 stadgas att tolk bör användas vid behov när myndighet har att göra med någon som inte behärskar svenska språket. Invandraren har rätt att begära tolk, men myndigheten avgör behovet.

Patientens rätt till självbestämmande och personalens ansvar när det gäller information till patienter omfattas nu av hälso- och sjukvårdslagen och lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta ger stöd för en positiv bedömning av tolkbehovet.

Landstingen och primärkommunerna har tecknat ett avtal i vilket kommunerna förbinder sig att tillhandahålla tolkservice åt landstingen mot ersättning. Tolk förmedlas som regel av invandrarbyrån, i annat fall direkt från kommunen.

En viktig fråga är att kunna bedöma *när* tolk behövs. Kunskaperna i svenska varierar avsevärt mellan olika invandrargrupper och inom grupperna. Om större delen av en aktuell invandrargrupp kan svenska och svensk kunskaperna inte bedöms individuellt från patient till patient finns det risk för att personalen avstår från att skaffa tolk.

I kontakten med invandrare som behärskar svenska något så när kan både patient och personal förledas att tro att de förstår mer än de i realiteten gör och en mängd missförstånd uppstår. Både den stressfyllda situationen och ord och uttryck som ligger utanför det vanliga språkbruket kan försvåra kommunikationen. Missförstånd kan undvikas om personalen på olika sätt kontrollerar att informationen går fram.

Språkkunskaper, utbildning och vistelsetid i Sverige är några av de förutsättningar som påverkar invandrerens förutsättningar att kommunicera med olika myndigheter. Om läs- och skrivkunskaper på det egna språket är bristfällig eller obefintlig försvåras inläringen av svenska och överhuvudtaget möjligheten att ta emot information.

Analfabeterna är en stor grupp, som är särskilt svår att hjälpa. Förutom att de saknar kunskaper i att läsa och skriva, saknar de ju även många elementära begrepp, som vi tar för givna. Om inte personalen upptäcker att en invandrare är analfabet, torde många missförstånd uppstå.

Att föra samtal med en person som inte behärskar svenska tar *tid*. Behovet att få mer tid avsatt för patientkontakter som kräver medverkan av tolk påpekas allmänt. Från barnvårdscentralerna i Stockholms invandratätaste områden omvittnas att invandrarfamiljer tar 25-50 procent längre tid vid besöken än vad svenska barnfamiljer gör.

I en analys av tolkuppdragen inom sjukvården i Linköping under ett år (1979) visades att medelvärdet för tidsåtgången för samtliga tolkningar var ca 1,5 timmar, kortast för finsktalande och längst för turkisktalande. Den klinik som hade det högsta medelvärdet var akutmottagningen, där tidsåtgången per tolkning var 2,3 timmar. Stora variationer förekom. Medeltiden var 2,5-3 timmar på kvinnokliniken för grekiska och spansktalande kvinnor och på barnkliniken för turkisktalande. De flesta tolkningarna har förekommit vid öppenvårdsenheter såsom vårdcentraler, barnvårds- och mödravårdscentraler, följt av rehabiliterings- och öronklinikerna. Färre tolkningar hade utförts på psykiatriska kliniken och akutmottagningen. Siffrorna i materialet har dock inte kunnat ställas i relation till det totala antalet besök av de här aktuella invandrargrupperna (104).

Flertalet personal som har erfarenhet av att tala genom tolk tycker att det har sina svårigheter. Redan i en vanlig samtalsituation mellan två parter kan det vara svårt att tolka varandras budskap. Det kan t ex sammanhånga med bristande erfarenheter av och inlevelse i de förhållanden som berörs eller olika värderingar som påverkar ens tolkning. Dessa vanliga svårigheter blir desto mer tydliga när patienten är invandrare och man dessutom har en mellanhand, som också genom sin egen personlighet påverkar kontakten. Särskilt uttalade blir svårigheterna om det råder motsättningar, t ex religiösa

eller politiska, mellan patient och tolk.

Tolken skall vara ett neutralt och opartiskt språkrör. Tolken skall alltså förmedla ett språkligt korrekt innehåll. Tolken arbetar under tystnadsplikt, vilket understryker invandrarens rättstrygghet.

Men för den som skall föra ett samtal genom tolk är det lätt att känna att man får dåligt gensvar. I individuella samtal, särskilt om de berör känsliga och värdeladdade områden, är det svårt att inte kunna ta del av tonfall, som uttrycker känslor som t ex sorg, glädje, ironi.

Att antalet tolkningar vid psykiatriska kliniker har visat sig litet, har sin naturliga förklaring i att man ogärna använder sig av tolk i samtal som berör personligt känsliga områden. I all samtalsterapi anses det viktigt för att inte säga nödvändigt att patient och terapeut kan kommunicera på samma språk. Det gäller också två- och halvspråkiga personer. Modersmålet och det förvärvade språket har olika funktioner och används inom olika sektorer av livet. Modersmålet blir naturligt det språk på vilket man bäst talar om personliga problem såsom tidig personlig utveckling, relationer i hemmet osv. Den enda tänkbara lösningen synes här vara att man anställer personal, som talar respektive språk.

4.4 Arbete i enspråkiga enheter alternativt integrerade team

Inom äldrevården har det rests krav från finländskt håll att man önskar enspråkiga servicehus för att motverka de institutionsbundnas isolering. Med bidrag från socialdepartementet och invandrarverket utreds för närvarande förutsättningarna för att bygga ett servicehus i Olofström för finsktalande bosatta i sydvästra Sverige. Frågan om det finns underlag för enspråkiga enheter måste vägas i förhållande till gruppens storlek. Blir upptagningsområdet för stort bryter man mot en annan princip i äldreomsorgen, nämligen närheten till hemorten och dess sociala nätverk. Tillgången till ett socialt nätverk och vilken betydelse det har i omsorgssammanhang varierar mellan olika invandrargrupper. För en finskspråkig invandrare med ett svagt socialt nätverk betyder givetvis den språkliga och kulturella gemenskapen under en långvarig institutionsvistelse mer än för sydeuropéen som är omgiven av en familj som ser som sin uppgift att ta hand om den äldre generationen. En jämförande intervjuundersökning i Jönköpings län bland finländare och jugoslaver om hur de vill ha det ordnat på sin ålderdom visar att finländarna i övervägande antal vill lita till samhällets institutioner medan jugoslaver känner sin ålderdom tryggad inom familjens ram (98).

Om tredje generationens invandrare från de kulturer där familjebanden nu är så starka kommer att vara beredda att ta ett liknande ansvar för föräldragenerationen kan vara tveksamt. Rent konkreta hinder som kvinnornas yrkesverksamhet, krav på bostadsutrymme, kommer tillika med en sannolik uppmjukning av familjebegreppen att skapa generationsmotsättningar i detta avseende.

Frågan om det finns underlag att skapa enspråkiga mottagningar inom t ex den vuxen- och barnpsykiatriska vården inom vilken språk och kulturkom-

petens är nödvändiga för kontakten och behandlingsresultatet har diskuterats och prövats.

Invandrade läkare och psykologer som skall hjälpa patienter ur den egna gruppen har vitsordat att det är svårt av flera skäl även om det sker inom organiserade mottagningar. Som invandrad befinner man sig själv i en migrationsprocess som inte är färdigbearbetad och har lätt att identifiera sig med de hjälpsökandes svårigheter och bli överväldigad av dem. Eftersom man inom vissa grupper har en stark sammanhållning och i stort sett är hänvisad till umgänge med egna landsmän kan man bli för inblandad i sina vänners personliga problem. Som läkare och akademiker tillhör man en annan klass än många av de invandrade patienterna från samma land och kan av det skälet ändå ha en stor distans till dem. Som andra invandrare är man intresserad av att framtiden skall bli så ljus som möjligt i Sverige. Man vill göra karriär och ta del av professionella landvinningar och fördelar. Man vill nå den stimulans och kontakt som den professionella arbetsgemenskapen ger inom etablerade institutioner.

Erfarenheterna från försöksverksamheten med invandarmottagning vid Huddinge sjukhus visade på just detta förhållande. De enspråkiga teamen med undantag för det finskspråkiga, splittrades och bröt upp från den gemensamma lägenheten belägen i ett bostadsområde utanför sjukhuset för att flytta till vuxenpsykiatriska kliniker respektive barnpsykiatriska mottagningar. Förslaget om tillsättandet av vuxen- och barnpsykiatriska team på de vanligaste språken och integrera dem i den ordinarie verksamheten får ses som en följd av dokumenterade erfarenheter från arbetet inom Huddingeprojektet.

Professionella språk- och kulturkompetenta medarbetare förmodas också sprida kunskap till övrig personal inom den enhet de verkar varför kulturkompetensen ökar totalt sett. Bakom ett ställningstagande för en integrering av invandrateam i den svenska sjukvården ligger strävandet efter att ge alla en likvärdig vård.

Isolerade verksamheter utanför den etablerade hälso- och sjukvården riskerar att bli något slags B-sjukvård inom vilken språk- och kulturkompetensen tillgodoses på bekostnad av den kontinuerliga utveckling som en yrkeskompetent vård måste vara delaktig i.

Samtidigt måste man konstatera att det finns behov hos invandrare som hälso- och sjukvården f n kan tillfredsställa. Olika modeller för utformning av vården som svarar mot olika kulturella och språkliga behov måste prövas.

5 Utveckling mot språk- och kulturkompetent vård

I detta kapitel behandlas tolkservice och flerspråkig personal. Då en allmän kunskap om etniska- och minoritetsfrågor bör finnas hos all personal beaktas dessutom vårdpersonalens förutsättningar, kompetens och utbildningsbehov särskilt.

5.1 Tolkservice

För att en tolkservice skall fungera bra, krävs att det finns

- lämpliga och väl utbildade tolkar
- en organisation som förmedlar kontakt mellan tolken och de som behöver använda tolk
- en efterfrågan på tolkning, vilket i sin tur innebär en verksamhet som är känd och tillgänglig för alla som behöver använda den. (Ur Tolkservice inom hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting 1981. (121)).

5.1.1 Tillgång till tolkar

Tolkar med uppgift att förmedla innehållet i ett samtal som förs på två olika språk brukar benämnas kontakttolkar.

Tillgången på tolkar i landet är svår att fastställa. I oktober 1980 beräknades sammanlagt ca 2 500 tolkar vara anmälda till landets tolkförmedlingar. Av dessa var emellertid endast ca 20 procent auktoriserade, d v s godkända av Kommerskollegium efter genomgångna prov och med vissa övriga krav på lämplighet uppfyllda.

För närvarande finns ca 600 av Kommerskollegium godkända tolkar, varav mer än hälften i finska. Det finns tolkar på 21 språk. På vissa språk finns det inte några godkända tolkar alls eller i otillräckligt antal. De godkända tolkarna är också mycket ojämn fördelade över landet. Flertalet av de personer som söker tolkuppdrag hos invandrarbyråerna är inte godkända tolkar (123).

För att hjälpa byråerna att bedöma dessa personers lämplighet har riksförbundet för invandrarpersonal (RIB) utarbetat ett tolkrekyterings-test. I vissa udda språk finns det dock inte någon möjlighet att utföra testet. För att garantera en god tolk kvalitet bör det mesta tolkarbetet på sikt utföras

av godkända tolkar. Invandrarverket rekommenderar tolkförmedlingarna att agera efter följande huvudlinjer för att nå detta mål.

Åtgärder

- målet måste på sikt vara att det mesta av tolkarbetet utförs av godkända tolkar
- vid behov av nyrekrytering knyts i första hand godkända tolkar till förmedlingen
- tidigare anlitade tolkar uppmanas genomgå provningen (efter kompletterad utbildning)
- icke godkända tolkar, som uppger att de ej ämnat genomgå provet, bör på sikt inte få uppdrag om tolkningen kan utföras av godkänd tolk.

5.1.2 Tolkutbildning

En mindre, fastän ökande, andel av alla tolkar deltar i Kommerkollegiums prov. Hittills har emellertid mindre än hälften av dem som gått upp i provet godkänts. Godkända tolkar kan gå vidare och avlägga prov för speciell kompetens som rättstolk och sjukvårdstolk.

Tolken kan ha förvärvat sin yrkesskicklighet på olika sätt. Tolkning för invandrare förutsätter goda kunskaper om svenskt samhällsliv och invandrarens kulturella bakgrund. Den utbildning som hittills förekommit står under skolöverstyrelsens (SÖ) tillsyn och är förlagd till vissa av SÖ utsedda studieförbund och folkhögskolor.

Ett förslag till reformerad tolkutbildning förbereds nu i regeringkansliet. I betänkande (DS U 1982:10) föreslås inrättandet av ett tolk- och översättarinstitut med ett samordnande ansvar för all tolkutbildning i landet samt ansvar för provning av den språkliga och yrkesmässiga färdigheten (123).

De rent administrativa frågorna rörande statsbidrag mm föreslås även i fortsättningen vara en uppgift för SÖ.

Man föreslår att grundutbildningen för kontakttolkar i framtiden helt förläggs till folkhögskolor och därmed kommer studieförbundens tolkcirklar att utvecklas. Innehållet i folkhögskolornas grundkurser bör utgöras av socialtolkning, sjukvårdstolkning och vardagsjuridik. Kurstiden (90 timmar) föreslås vara oförändrad. Det bör vara en uppgift för institutet att vid behov revidera innehållet, liksom överväga den tidsmässiga omfattningen. Tolkinstitutet föreslås få ansvaret för genomförande av kurserna i rättstolkning och kvalificerad sjukvårdstolkning.

Särskilda insatser krävs för de skilda språkgrupperna. De är för små för att man på lokala initiativ skall kunna anordna tolkutbildning. Därför krävs en central samordning och ett planeringsansvar vilket föreslås åvila tolkinstitutet.

5.1.3 Tolkarnas arbetsmarknad

Tolkarnas arbetsmarknad är mycket splittrad. Det är ett litet antal som kan försörja sig uteslutande på sitt tolkarbete. Tolkar inom mindre frekventa

språk eller tolkar som är bosatta inom invandrarglesa områden har av naturliga skäl svårt att få tolkuppdrag. I betänkandet "Reformerad tolkutbildning" anføres att arbetsmarknadssituationen för tolkar sannolikt inte är jämförbar med någon annan yrkesgrupp.

Kombinationen av den mycket specifika efterfrågan på tjänster (i ett alldeles bestämt språk på en bestämd plats och vid ett bestämt tillfälle) och den mycket speciella tillgången på tolkar (stor tillgång i vissa språk på vissa orter, ingen tillgång alls på andra språk och på andra orter) gör arbetsmarknadssituationen unik. Sannolikheten för att man skulle inrätta fasta tjänster för tolkar inom den offentliga sektorn bedöms som mindre sannolik. Det viktigaste skälet synes vara att en sådan tjänstekonstruktion är orationell men också att den försämrade ekonomiska situationen spelar in.

Ett alternativ skulle vara s k fasta tolktider, dvs att man eftersträvar att ordna verksamheten så att alla tolkbehov i ett visst språk koncentreras till vissa tider. Därmed skulle tolkarna ges en jämnare tillgång på arbete, utan att ett anställningsförhållande därmed förelåg.

Vid vissa sjukhus, såsom Huddinge sjukhus beläget i ett invandrarrikt område, har man positiva erfarenheter av fasta tolktider. Men vid flertalet sjukvårdsinstitutioner är inte frekvensen av tolktillfällen tillräckligt stor för att man skall ha det. I betänkandet refereras till kontakter med invandrarbyråer där man har försökt att inrätta sig efter den splittrade arbetsmarknadssituationen och hjälpa de tolkar som oftast anlitas till så acceptabla arbetsvillkor som möjligt. Man har t ex inom några kommuner försökt tillämpa s k garantitid, vilket innebär att de mest anlidade tolkarna garanteras betalning (men inte tolkuppdrag) motsvarande en viss tolktjänstgöring per vecka.

5.1.4 Tolkförmedling inom hälso- och sjukvården

Som nämnts i 4.3.3 finns det avtal mellan landstingen och kommunerna, i vilket landstingen förbinder sig att beställa tolkar genom kommunernas tolkförmedling, d v s invandrarbyråerna. Det ligger i hälso- och sjukvårdens intresse att tolkarnas arbetssituation tryggas, vilket innebär att tolkar, speciellt i udda språk och på orter med små behov av tolkuppdrag, måste tas tillvara så att de inte upphör med sin verksamhet.

Det har visat sig nödvändigt att rationalisera tolkförmedlingen och skapa klara rutiner för att en väl fungerande tolkservice skall komma de invandrare som behöver den till del.

I det följande refereras till Stockholms läns landstings tolkserviceutredning, i vilken vissa krav på en väl fungerande service har uppställts (121). Enligt utredningen måste administrationen av tolkservicen hållas samman i syfte att se till att den service som finns utnyttjas på rätt sätt. Man ställer som ett absolut krav att varje sjukvårdsenhet har en person eller en expedition som är ansvarig för förmedling av alla tolkar.

Inom hälso- och sjukvården i Stockholms län har det inrättats tjänster som kontaktpersoner för tolk- och invandrarfrågor i varje förvaltningsområde. Deras huvuduppgift blir att samordna tolkbehoven och hålla kontakt med tolkförmedlingen. Den överblick som man på detta sätt får över tolksituationen på olika institutioner anses utgöra ett viktigt underlag för tolkför-

medlingarnas rekryteringsverksamhet samtidigt som man från hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör kunna påverka utbudet och även innehållet i tolkutbildningen.

Fasta tolktider vid större vårdinstitutioner eller gemensamt för en grupp av mindre vårdinstitutioner ses som den viktigaste samordningsåtgärden.

För att tolkarna skall utnyttjas effektivt har det visat sig nödvändigt att de olika mottagningarna planerar sina besök av invandrare. I Norrköping har t ex kvinnokliniken, som själv kan styra sina besök, en förmiddag med grektolkning och en eftermiddag med spansk tolkning. Enligt invandrarbyrån utgörs en stor del av kostnaderna för tolk av väntetider som skulle kunna nedbringas med en bättre planering. Planeringen av tolkservice vid mottagningarna underlättas också om remitterande läkare anger tolkbehov på remissen.

Som redan nämnts är släkt, vänner och barn av många skäl olämpliga som tolkar. Erfarenheterna har också visat att det är mycket tveksamt om man skall använda personal till tolkning. Det uppstår då ofta problem eftersom den "tvåspråkiga" arbetstagaren måste lämna sina ordinarie arbetsuppgifter för tolkuppdrag. Vidare saknar den personal som anlitas för tolkning i de flesta fall utbildning för sådana uppgifter.

I situationer då tolk inte finns tillgänglig finns det exempel på andra lösningar. Tillgång till en aktuell jourtolklista är ett sätt att få tag på tolkar efter det tolkförmedlingen är stängd. En utbyggd jourtolkverksamhet efter den modell som prövas vid vissa vårdinstitutioners akutmottagningar i Stockholmsområdet är en utvecklingsmöjlighet. Via högtalare i undersökningsrummet kan läkare och patient samtala per telefon med jourhavande tolk. Telefontolkning är också ett medel för invandraren att komma i kontakt med institutioner i samhället. Invandraren ringer ett visst nummer (olika för olika språk) och framför sitt meddelande till tolk, som sedan vidarebefordrar det till vederbörande sjukvårdsmottagning etc. En utvärdering av försöksverksamheten med telefontolkning visade att den inte utnyttjats i förväntad utsträckning av sjukvårdspersonalen. Invandrarna däremot hade utnyttjat den i mycket hög utsträckning vid behov.

Det har visat sig att intentionerna i tolkavtalet i vilket landstinget förbinder sig att beställa tolkar genom kommunernas tolkförmedling, dvs invandrarbyråerna, uppfylls mycket olika inom sjukvården.

I intervjuer med personal inom barn- och vuxenvård i Stockholms län 1979 framgick att kännedom om tolkavtalet inte var tillräcklig (99). Man tvekade att använda tolk av olika skäl. En del visste inte riktigt hur själva beställningen skulle göras. Andra ville bespara sjukvården utgiften. Sjuksköterskor föreföll osäkra på om de fick använda tolkar för egen del eller endast beställa tolkar för läkarnas räkning. På sjukhus och öppenvårdsenheter, där man hade stor invandartäthet fungerade tolkservice mycket bättre och personalen hade större insikt i invandrarproblematiken.

I en intervjuundersökning av personal inom länets öppenvårdsmottagningar 1981 inom ramen för Stockholms läns landstings tolkserviceutredning fann man likaledes att variationerna i tolkanvändning och attityd till tolkanvändning var stora. Det visade sig att man använde tolk i förhållandevis större utsträckning vid de mottagningar som hade stor andel invandrare. I flera fall hade man fasta tolktider för de största språken och inarbetade rutiner som

fungerade ganska tillfredsställande. På de ställen där det förekom besök av invandrare mera sällan var bruket att använda sig av barn, släkt, vänner och anställd personal mera utbrett. Så långt överensstämde resultaten med den intervjuundersökning som gjorts ett par år tidigare.

Den viktigaste slutsatsen av 1981 års undersökning var att den tolkservice som finns är relativt välkänd men inte används i den utsträckning som vore önskvärt. En väl fungerande tolkservice visade sig kräva att den personal som har kontakt med invandrapatienterna har en grundläggande kunskap om invandrarfrågor för att kunna förstå varför tolk är nödvändig och kunna använda tolkservicen på rätt sätt.

Praktiska erfarenheter och gjorda studier visar att kommunikationen i vården torde underlättas med en förbättrad insikt hos vårdpersonalen om behovet av tolk och skyldigheten att använda tolk vid behov. Motstånd och hinder hos personalen måste därför överbryggas.

Invandrarnas egna kunskaper om vilka rättigheter de har att anlita tolkhjälp har också visat sig vara varierande. Bättre kunskaper om tolkning och tolkhjälp hos både patient och personal skulle sannolikt leda till att tolk anlitas oftare.

Då personal och patienter informerats om att anlita invandrarbyråernas tolkhjälp, har kvaliteten på tolkningen förbättrats. Kommunerna har då bättre kunnat uppskatta tolkbehovet och planera den.

Vidare har den svenska personalen ansetts behöva utbildning i att använda tolk (uttrycka sig kort och konkret samt att planera den ökade tid som tolksamtal kräver). Om inte, riskerar läkare och annan personal att slarva med anamneser, utredningar och annan kontakt, vilket för både sjukvården och patienten innebär att tryggheten för adekvat vård av invandrare kan bli ifrågasatt.

Sammanfattningsvis har man funnit att personalen bör

- bli medveten om sin skyldighet att använda tolk vid behov
- lära sig bedöma när behov föreligger
- lära sig övervinna sitt motstånd att använda tolk
- lära sig att tala genom tolk
- lära sig, att samtal med tolk tar tid
- lära sig att planera tolkanvändningen.

5.2 Flerspråkig samhällsservice

Under senare år har frågan om flerspråkig samhällsservice kommit att ägnas ökad uppmärksamhet. Regering och riksdag har vid skilda tillfällen uttalat sig för flerspråkig service bl a i syfte att öka tillgången på tvåspråkig personal inom vårdsektorn. Ett sådant initiativ är uppdraget till skolöverstyrelsen att pröva hur utbildning av tvåspråkiga kan ske inom gymnasieskolan och uppdraget åt socialstyrelsen att inventera pågående försöksverksamheter med psykiatrisk vård för invandrare.

Direkt betydelse för insatser med flerspråkig service har den nordiska språkkonventionen, som väntas träda i kraft 1984. Den förbinder Sverige att verka för att nordiska medborgare vid behov skall kunna använda sitt eget

språk vid kontakter med svenska offentliga organ. Tvåspråkighetsfrågan är också en av de viktigaste uppgifterna för den av Finlands och Sveriges regeringar tillsatta arbetsgruppen för social- och hälsovårdsfrågor.

Utredningar med långtidsverkan och därför av betydelse i HS 90-perspektivet är betänkandet "Språk- och kulturstöd för invandrare och minoritetsbarn i förskoleåldern" (SOU 1982:43) som överlämnades till regeringen 1982. Hur undervisningen inom skola och vuxenutbildning skall kunna inriktas för att på sikt uppnå en aktiv tvåspråkighet har behandlats av språk- och kulturarvsutredningen, vars huvudbetänkande har remissbehandlats (SOU 1983:57). SFI-kommitténs överväganden och förslag rörande svenskundervisning för vuxna invandrare förelåg i proposition i maj 1984. Även den invandrapolitiska kommittén förväntas under 1984 framlägga sin bedömning av samhällets möjligheter att på längre sikt erbjuda invandrare och språkliga minoriteter utbildning, vård och service på deras eget språk. Som framgår av ovanstående har flerspråkighetsfrågan aktualiserats utifrån olika utgångspunkter i en rad utredningar. Förslag och åtgärder är att förvänta inom de närmaste åren.

Av direkt intresse för flerspråkig service inom hälso- och sjukvårdssektorn är ett faktamaterial från statens invandrarverk (119, 120) som behandlar förutsättningarna för och erfarenheterna av flerspråkig samhällsservice samt en promemoria utarbetad av en arbetsgrupp inom arbetsmarknadsdepartementet "Tvåspråkighet som merit vid anställning och utbildning", som förbereds inom regeringskansliet (117).

5.2.1 Vem är språk- och kulturkompetent?

Invandrarverkets tvåspråkighetsgrupp använder sig av följande definitioner (118, 119).

- Den är tvåspråkig som tillfredsställande kan utföra sitt arbete på svenska och minst ett annat språk. Beträffande invandrar språken är det generellt förmågan att förstå den som talar respektive språk och att muntligen kunna uttrycka sig på detta språk, som behövs. När det gäller färdigheterna i svenska skiftar de krav som måste ställas på befattningshavarna men i princip krävs genomgående elementära färdigheter i att kunna skriva och särskilt läsa på svenska. Yrkesrollen avgör vilken grad av tvåspråkighet som fordras.
- Den är kulturkompetent som känner till kultur och förhållanden i ett annat land. För att kunna verka i Sverige måste man också ha kunskap om det svenska samhället, traditioner och normer. Kulturkompetensen kan också gälla en minoritetsgrupp från ett annat land. En tvåspråkig finsk psykiater kan t ex inte alltid förstå en finskspråkig zigenare, om han inte känner till den zigenarska kulturen.
- Kunskap kan dessutom behövas om de effekter migration från ett land till ett annat ofta får för den enskilde och den berörda invandrargruppens situation i Sverige. Allmänkunskap i etniska- och migrationsfrågor bör emellertid finnas hos all berörd personal och inte enbart hos tvåspråkiga befattningshavare.

- Behovet av språk- och kulturkompetens får dock inte medföra att man gör avkall på yrkeskompetensen.

Socialstyrelsen har uttalat att arbetet för den tvåspråkiga personalen inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten i flertalet fall kommer att innebära kontakt med såväl svenskar som personer från den egna minoritetsgruppen och från andra etniska grupper. Att arbeta med den egna gruppen blir således en del av arbetet. En viktig uppgift blir att förmedla kunskap om den egna gruppen till övrig personal och att delta i utarbetandet av metoder för arbete med invandrare.

Enligt socialstyrelsens uppfattning bör det vara en strävan att den tvåspråkiga personalen inom vårdområdet även är väl förtrogen med respektive språkgrupps kultur. I relation till sitt verksamhetsområde bör de ha såväl en allmän som en yrkesspecifik kunskap om den egna minoritetsgruppens liksom om svenskarnas kultur. Det är viktigt att de är medvetna om vilka problem som kan uppstå inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten då de två olika kulturerna möts.

Sammanfattningsvis kan den tvåspråkiga personalen anses böra besitta

- yrkeskompetens
- dubbel språkkompetens dvs i svenska och ett annat språk – relevant för yrkesverksamheten samt
- dubbel kulturkompetens – relevant för yrkesverksamheten.

Enligt invandrarverkets tvåspråkighetsgrupp har en del kommuner avsiktligt anställt tvåspråkiga. Det har också hänt att man anställt invandrare för att ge service till en viss invandrargrupp utan att de anställda haft kvalifikationer för att utföra arbetet även på svenska språket. I sådana fall har det alltså inte rört sig om tvåspråkig personal enligt invandrarverkets beskrivning. De kan ha kvalificerat sig för att arbeta på två språk efter att ha förbättrat färdigheterna i svenska genom fortbildning eller på annat sätt.

Frågan om en organiserad prövning av yrkesrelaterade språkfärdigheter har bl a väckts av företrädare för ett antal kommuner och landsting, som tillfrågats i en enkätundersökning som invandrarverket, kommunförbundet och Landstingsförbundet genomförde i maj-juni 1982. Bedömningen av språkfärdigheten gäller både svenska och hemspråket. Bristen på en organiserad språkbedömning anses bidra till osäkerhet och till att bedömningen kan bli både oenhetlig och bristfällig. Eftersom olika arbetsuppgifter kräver olika språkfärdigheter finns det risk för att kraven ställs högre för vissa delfärdigheter än vad som är motiverat för de aktuella arbetsuppgifterna.

Att definiera kraven för en dubbel kulturkompetens relevant för yrkesverksamheten och bedöma densamma ställer sig naturligtvis ännu svårare än när det gäller yrkesrelaterade språkfärdigheter. Denna fråga har hittills berörts mycket lite. För att kunna fungera kulturkompetent inom hälso- och sjukvården krävs en kunskap om respektive lands sociala och kulturella förhållanden, framför allt inom områden med anknytning till hälso- och sjukvården.

Det har visat sig att det är viktigt att den invandrade personalen har insikter om svenska förhållanden och vilka sociala och kulturella konflikter

som uppstår i mötet mellan den etniska minoritets- och den svenska majoritetskulturen. Det finns positiva erfarenheter från fältet om hur de kulturella insikterna på en vårdinstitution har ökat ömsesidigt mellan svensk och tvåspråkig personal. Men det förekommer också kulturkollisioner i vårdarbetet som att manlig personal har svårt att underordna sig kvinnliga arbetsledare eller utföra vissa kvinnoysslor.

En fråga som bör utredas ytterligare är vilka krav som bör ställas på kulturkompetens – relaterad till både svenska och respektive ursprungslands förhållanden – och vilka kompletterande åtgärder som behöver vidtas.

5.2.2 Tillgång och efterfrågan, lokala personalinventeringar

Tillgången på tvåspråkig personal motsvarar långt ifrån behovet. Behoven av flerspråkig service inom hela vårdsektorn är stora men det lokala behovet inom olika verksamhetsområden kan variera. Följande områden har av invandrarverket bedömts som särskilt viktiga (119)

- förskole- och fritidsverksamhet
- psykisk vård
- kurativt inriktad socialtjänst
- hälsovård för mödrar och barn
- långvarig institutionsvistelse.

Arbetet med att bedöma underlaget för flerspråkig service försvåras av att det inte finns någon statistik över befolkningens språktillhörighet samt färdigheter i svenska. Man kan bilda sig en viss uppfattning om situationen genom en av Reinans gjord uppskattning, (tabell 1) som ger ett visst underlag för bedömning av vissa av de större språkgruppernas storlek och geografiska spridning.

Dessa uppskattningar visar att det av ett tiotal språkgrupper i landet, som var och en omfattar mer än ca 10 000 personer, endast är de som har finska, serbokroatiska och grekiska till modersmål som finns företrädda med mer än 1 000 personer i minst tio län. Endast den finstalande gruppen finns företrädd med minst ett tusental personer i alla län (utom Gotlands län). Samtidigt finns, särskilt i storstadsområdena, ett stort antal språkgrupper som var och en omfattar många personer men som inte finns företrädda i landet i övrigt. Enligt arbetsmarknadsdepartementets rapport är det därför ”mot denna bakgrund svårt att mera generellt fastställa vilka språk som i första hand borde komma ifråga vid en ökad satsning på anställning av tvåspråkig personal vid myndigheter och övriga samhällsinstitutioner. Det är emellertid givet att finska språket både genom sin utbredning och med hänsyn till det nordiska samarbetet intar en särställning. I övrigt torde lokala och regionala förhållanden få vara utslagsgivande vid planeringen inom olika samhällsområden av hur flerspråkig service kan utvecklas genom anställning av tvåspråkig personal” (117).

Tabell 1. Uppskattat antal personer med vissa hemspråk/modersmål i Sverige inom län och sjukvårdsregioner vid årsskiftet 1979/80

Region	Län	Finska	Grekiska	Serbo- kroatiska	Polska	Spanska	Turkiska
<i>Lund</i>	Malmöhus	6 800	2 300	9 300	5 000	2 000	800
	Kristianstads	1 600	1 200	1 000	600		
	Blekinge	3 200	1 000				
	Kronoberg	1 400	700	1 100		1 100	
		13 000	4 200	12 400	5 600	3 100	800
<i>Göteborg</i>	Hallands	2 400		1 400			
	Göteborg och Bohuslän	24 600	1 500	5 400	2 600	2 600	1 400
	Älvsborgs	21 100	1 000	1 700	500		
	Skaraborgs	5 900		700			
		54 000	2 500	9 200	3 100	2 600	1 400
<i>Linköping</i>	Kalmar	1 900	1 000	500			
	Jönköping	5 100	900	1 800			
	Östergötlands	9 500	1 200	1 100	500	900	
		16 500	3 100	3 400	500	900	
<i>Stockholm</i>	Gotlands						
	Stockholms	68 600	8 400	5 800	5 600	9 600	5 000
<i>Uppsala/ Örebro</i>	Värmlands	3 000					
	Örebro	10 300		500			
	Södermanlands	19 100		800			
	Västmanlands	20 500		900			
	Kopparbergs	6 800					
	Uppsala	6 200		700		800	
Gävleborgs	5 900						
		71 800	700	2 200		800	
<i>Umeå</i>	Västernorrlands	4 300					
	Jämtlands	800					
	Västerbottens	2 600					
	Norrbottnens	38 100					
		45 900					

Källa Sven Reinans/SIV Rapport nr 6/82

Lokala personalinventeringar

Lokala personalinventeringar visar att det finns en ansevärd personalreserv av invandrare som är anställda inom hälso- och sjukvården. Möjligheterna att bättre tillvarata den personal som redan finns anställd och har kvalifikationer att fungera som tvåspråkig personal har undersökts och utnyttjats i mycket liten utsträckning. Det återstår att utreda i hur stor utsträckning behovet av tvåspråkig service kan täckas genom ett mer rationellt utnyttjande av redan anställd personal. Det är enligt invandrar-

verkets arbetsgrupp sannolikt att behovet inom vissa vårdområden och på vissa orter kan tillgodoses genom intensifierat tillvaratagande av redan anställd personal (119).

Vad som här avses är personal som använder sin tvåspråkiga kompetens inom sin ordinarie arbetsuppgift. Det har t ex förekommit att personal inom hälso- och sjukvården använts för tolkningsuppgifter som inte ingår i tjänsten. Mot ett sådant förfarande har de fackliga organisationerna vänt sig och har stöd i sin uppfattning bland sjukvårdshuvudmännen.

Invandrarverket har tagit initiativ till några inventeringar för att pröva och utveckla metoder för att kunna kartlägga förekomsten av anställda med färdigheter i invandrar språk och dessa personers upplevelser av sin arbetssituation. Undersökningarna gjordes i två kommuner och ett landstingsområde och finns redovisade i rapport (118).

Av de tillfrågade var ca 90 procent födda i Finland och ungefär 50 procent hade svenskt medborgarskap. Sammanfattningen av svaren tydde på att kanske flertalet är beredda att arbeta på två språk under förutsättning att arbetsgivaren gör kompletterande insatser, t ex erbjuder fortbildning eller att den anställde omplaceras till ett arbete, där språkfärdigheter efterfrågas.

Stockholms läns landsting är en av landets största arbetsgivare av invandrare. Med hjälp av olika statistiska källor har man sammanställt information om *var* och inom *vilka* yrken de landstingsanställda invandrarna finns. Informationen skall tjäna som planeringsunderlag för riktade åtgärder både på lokal och central nivå. Inventeringen grundar sig på statistik från 1980-12-31. Andelen anställda med invandrarbakgrund, dvs utländska medborgare, samt de som blivit svenska medborgare uppgår till 18 procent inom landstinget. Fördelningen utländska respektive naturaliserade svenska medborgare var 13 respektive 5 procent (122).

De anställda invandrarna kommer från ett hundratal olika länder. Majoriteten kommer från Finland, därefter följer Jugoslavien, Norge och Chile. 85 procent av de utländska medborgarna tillhör någon av de 10 största invandrargrupperna. Anställningstiden varierar starkt mellan de olika invandrargrupperna. De som kommer från Latinamerika har i stor utsträckning blivit anställda under den senaste två-årsperioden medan t ex finländare och jugoslaver har stora andelar med långvariga anställningar.

De flesta invandrare i landstinget arbetar inom yrken som har anknytning till hälso- och sjukvården. Det vanligaste yrket är sjukvårdsbiträde. Invandrarna utgör 23 procent av totala antalet sjukvårdsbiträden och skötare, 18 procent av undersköterskorna, 11 procent av sjuksköterskorna respektive läkarna.

Den befintliga statistiken gjorde det inte möjligt att utan enkäter få fram motsvarande uppgifter fördelade på nationalitet eller språkgrupp. I det följande redovisas hur de, som är utländska medborgare och kommer från Finland, Jugoslavien, Chile och andra spansktalande länder, Turkiet och Polen, fördelar sig på olika yrken.

Av alla sjukvårdsbiträden inom hälso- och sjukvårdsnämnden har 11,5 procent finländskt medborgarskap. En förhållandevis stor andel finska medborgare arbetar som mentalskötare. Andra rätt stora grupper utgörs av sjuksköterskor, undersköterskor och ekonomipersonal.

Den jugoslaviska gruppen är representerad i de flesta befattningskategorierna. Lokalvårdarna utgör den största gruppen.

Närmare hälften av alla anställda chilenska medborgare arbetar som lokalvårdare. Sjuksköterskeyrket, som är ganska vanligt bland europeiska invandrargrupper, är mycket sällsynt bland chilensare. Invandrare från övriga spansktalande länder liknar i stort den chilenska gruppen ifråga om yrkestillhörighet.

Den turkiska gruppen skiljer sig mycket från övriga undersökta nationaliteter. Av turkarna arbetar 41 procent som ekonomibiträden. Mycket få turkiska medborgare återfinns som vårdpersonal.

Inom den polska gruppen finns en osedvanligt hög andel läkare. Drygt 1/3 av de polska medborgarna inom hälso- och sjukvården arbetar som sjukvårdsbiträden.

Andelen personal med utländsk härkomst varierar emellertid mycket på de olika sjukhusen. Procentuellt är de relativt få inom den akutsomatiska vården, medan andelen inom långtidssjukvården är betydligt högre. Huddinge sjukhus är landstingets största invandrararbetsplats med drygt 1 100 anställda invandrare. Inom den psykiatriska vården är andelen anställda invandrare också betydande. På Beckomberga sjukhus utgör den 25 procent och på Långbro sjukhus 28 procent.

Inventeringen visade att finländarna är andelsmässigt den helt dominerande invandrargruppen inom den psykiatriska vården och inom vissa långvårdssjukhus. Den finska dominansen inom vuxenpsykiatriska vården visade sig främst bero på yrkestillhörigheten: andelen skötare är som nämnts högst (10 procent) i den finska gruppen anställda jämfört med 2-5 procent i de övriga grupperna.

En riksomfattande kartläggning av finsktalande personal inom den psykiatriska vuxenvården, som gjorts av Kerstin Stenius på uppdrag av de svenska och finska hälsovårdsmyndigheterna hösten 1980, visade att det fanns drygt 500 finsktalande anställda (svarsfrekvens 70 procent). Närmare 3/4 utgjordes av mentalskötare. Däremot var antalet finskspråkiga psykiater, psykologer, kuratorer och sjuksköterskor mycket litet i förhållande till de finskspråkigas andel av befolkningen. Av den finskspråkiga personalen utnyttjades ca 50 procent inte alls i vården av de finskspråkiga (120).

Finskspråkiga mentalskötare finns i stor utsträckning inom den psykogeriatriska vården och finskspråkiga sjukvårdsbiträden inom långtidssjukvården. Behovet av finskspråkig personal är emellertid betydande på olika områden och på olika nivåer inte minst inom den akutpsykiatriska vården. Kompletterande utbildning av denna vårdpersonalreserv skulle fylla ett stort otillfredsställt behov.

Dessa inventeringar från ett invandrartätt storstadsområde har redovisats relativt utförligt för att de ger en bild av den potentiella personalreserv som finns bland den lågutbildade personalen framför allt inom den psykiatriska vården och långtidssjukvården.

Med en personalinventering som underlag bör man efter bl a erforderliga utbildningsinsatser lättare kunna tillvarata tvåspråkiga kulturkompetenta anställda inom de vårdområden där de bäst behövs.

Det är också nödvändigt med lokala inventeringar för att tillgodose mindre språkgruppers kommunikationsbehov.

En inventering av anställda invandrare på regionsjukhuset i Umeå visar en överraskande heterogen bild med medborgare från ett stort antal länder. Det finns anledning att förmoda att befolkningens sammansättning återspeglar samma förhållande. För små minoritetsgrupper måste man givetvis finna lokala lösningar men en förutsättning är att man vet var man kan finna språk- och kulturkompetenta personer.

Det saknas också systematiska uppföljningar av vart personer med annat modersmål än svenska går efter avslutad vårdutbildning från gymnasieskolan, AMU m fl. I en av skolöverstyrelsen företagen uppföljning av barnskötare befanns vid undersökningstillfället, två år efter avslutad utbildning, endast 40 procent (35 personer) arbeta med barn tillhörande den egna språkgruppen (SIV).

5.2.3 Rekrytering och meritvärdering

Vilka grupper?

En stor del av verksamheten inom den kommunala och landstingskommunala socialtjänsten och hälso- och sjukvården förutsätter god muntlig och emotionell kontakt med klienter och patienter. Gruppen inom arbetsmarknadsdepartementet räknar upp följande personalkategorier som främst är aktuella för tvåspråkig service (117).

"Inom *mödra- och barnhälsovården* behövs tvåspråkig personal som sjuksköterskor, barnmorskor, barnskötare, underskötare, vårdbiträden, kuratorer, psykologer etc. Inom *förskole- och fritidsverksamheten* finns behov av tvåspråkiga barnskötare, förskollärare och fritidspedagoger. Den kurativt inriktade *socialtjänsten* behöver tvåspråkiga socialsekreterare, familjerådgivare och kuratorer. Vad gäller *sjukvården*, särskilt långtidssjukvården, finns behov av tvåspråkiga läkare, sjuksköterskor, vårdbiträden, underskötare, barnskötare, socialpedagoger, vårdare, arbetsterapeuter, terapibiträden, sysselsättningshandledare m fl. Vad särskilt gäller den *psykiatriska vården* behövs tvåspråkiga läkare, kuratorer, psykologer, sjuksköterskor och övrig vårdpersonal. Inom *äldreomsorgen* ökar behovet av tvåspråkig personal under de närmaste årtiondena till följd av den ändrade demografiska sammansättningen av den invandrade befolkningen. Slutligen kan här som exempel nämnas *nykterhetsvården*."

Arbetsgruppen har haft i uppdrag att granska i vilken utsträckning tvåspråkighet kan ges ett meritvärde vid anställning i offentlig tjänst (samt vid antagning till högre utbildning). I uppdraget har vidare ingått att föreslå åtgärder som kan leda till att tvåspråkig personal i ökad utsträckning anställs i offentlig tjänst, bl a genom att tillmäta tvåspråkighet ett värde vid antagning till viss högre utbildning.

Arbetsgruppen konstaterar att det inom kommuner och landsting lika litet som på den statliga sidan, finns något formellt hinder mot att beakta t ex färdigheter i invandrarspråk som merit vid anställningar och befordringar. I enlighet med de rättsregler som finns kan tvåspråkighet uppställas dels som kvalifikationskrav för tjänst, dels anges som en merit för tjänst. I det förra fallet kan den som inte uppfyller språkraven inte komma ifråga för tjänsten. I det andra fallet kan tjänsten tillsättas med sådan sökande som inte behärskar det aktuella invandrarspråket.

I praktiken är det fortfarande mycket varierande i vilken utsträckning offentliga tjänster besätts med tvåspråkiga sökande, även om arbetsuppgifterna till en betydande del består i service till icke svensktalande.

Enligt invandrarverkets tvåspråkighetsgrupp har de kommunala, landstingskommunala och statliga arbetsgivarna ett betydande utrymme för att göra verksamheten mer effektiv i detta hänseende. En del kommuner och landsting har liksom vissa statliga organ aktivt gript sig an den uppgiften. De har enligt invandrarverket visat att det finns framkomliga vägar att gå. Det saknas emellertid genomtänkta planer eller avtal om tvåspråkighet som kvalifikation eller merit vid tjänstetillsättningar.

Under senare år har flera arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer tagit upp frågan om tvåspråkighet som merit i skilda sammanhang. Hittills har endast Stockholms läns landsting och Göteborgs kommun fattat beslut av sådan innebörd att tvåspråkighet, språkkunskaper, kulturkunskaper m m ska få tillgodoräknas den sökande som utbildningsmerit, då sådana meriter framställs som krav.

Arbetsgivaren är oförhindrad att föreskriva att färdigheter i ett visst språk utöver svenska (tvåspråkighet) skall vara en merit eller en förutsättning för att tillträda en tjänst. I praktiken har dock de lokala fackliga organisationernas inställning till tvåspråkighet och tvåspråkig personal stor betydelse för arbetsgivarens åtgärder.

Arbetsgruppen inom arbetsmarknadsdepartementet konstaterar att det torde i första hand ankomma på respektive myndighet att avgöra för vilka tjänster språkkunskaper är en merit och hur denna merit i sådana fall ska värderas i konkurrens med andra befordringsgrunder. En första åtgärd torde kunna vara att myndigheten kartlade för vilka av dessa tjänster som kunskaper i något annat språk än svenska är värdefulla.

En sådan kartläggning skulle kunna leda till att kunskap i invandrarpråk angavs som önskvärd kvalifikation vid ledigförklarande av tjänsterna. Det synes naturligt att myndigheterna i samband med kartläggningen dessutom undersöker vilken tvåspråkig personal som redan finns och hur deras språkkunskaper kan utnyttjas på bästa sätt.

För att öka myndighetens förståelse för behovet av tvåspråkighet kan också vissa centrala åtgärder behöva sättas in. Dessa åtgärder skulle närmast vara av informativ karaktär.

Först om det skulle visa sig att åtgärder som information, opinionsbildning m m, inte skulle leda till avsett resultat bör enligt arbetsgruppen frågan om författningsreglering övervägas.

5.2.4 Behörighetsprövning och kompletterande utbildning

En ny lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården trädde i kraft den 1 juli 1984 (SFS 1984:542).

När det gäller personal med utländsk utbildning föreslås regeringen meddela föreskrifter om villkoren för att den som utomlands genomgått utbildning skall få legitimation, specialistkompetens eller behörighet att utöva yrke. Detta innebär att gällande förordning om legitimation eller annan behörighet för hälso- och sjukvårdspersonal med utländsk utbildning (SFS 1983:751) torde komma att gälla fortsättningsvis. Enligt denna skall den

som genomgått utbildning utomlands på ansökan få legitimation eller annat bevis om behörighet för ett yrke inom hälso- och sjukvården för vilket det finns bestämmelse om sådan behörighet här i landet. I förordningen anges i vilka fall viss kompletterande utbildning och praktisk tjänstgöring erfordras. För personal med nordisk utbildning eller behörighet finns det dessutom särskilda bestämmelser, som grundar sig på den överenskommelse om en gemensam nordisk arbetsmarknad, som trädde i kraft under hösten 1983. I princip innebär denna att den som har legitimation eller motsvarande behörighet i ett land har rätt till samma godkännande i de övriga nordiska länderna. För samtliga yrkesgrupper gäller att länderna får ställa krav på nödvändiga kunskaper i lagar och föreskrifter som gäller personalens verksamhet i landet samt krav på tillfresställande språkfärdigheter.

Socialstyrelsen bedömer behörigheten för bl a följande grupper av utländsk hälso- och sjukvårdspersonal: läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, skötare i psykiatrisk vård, medicinsk teknisk assistent, laboratorieassistent, undersköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Socialstyrelsen bedömer också behovet av kompletterande utbildning för dessa grupper. En del yrkesgrupper genomgår särskilt anordnade kurser och prov, andra deltar i högskolornas ordinarie utbud av kurser.

När det gäller legitimering av psykologer har frågan hittills lösts genom att socialstyrelsen givit psykologiska institutionen vid Stockholms universitet i uppdrag att bedöma om den utländska psykologutbildningen kan anses motsvara den svenska psykologutbildningen. På detta underlag har socialstyrelsen sedan beslutat om legitimation eller den komplettering ifråga om utbildning/praktisk tjänstgöring som är nödvändig för att legitimation skall kunna utfärdas.

För andra yrkeskategorier finns det inte någon organiserad prövning av en utländsk utbildnings kompetensvärde. Det finns ett betydande antal personer med flerårig utländsk utbildning för yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för vilka utbildningsfrågan ännu inte är löst.

Många invandrare har genomgått högskoleutbildning eller delar av en högskoleutbildning i sitt hemland. Detta förhållande gäller särskilt invandrare inom vissa flyktinggrupper. Frågan om bedömning av den utländska utbildningen i relation till den svenska och erforderlig komplettering har hittills hänskjutits till landets olika linjenämnder, vilka saknar erforderlig överblick. Följden är att många invandrare har tvingats göra om hela sin utbildning, något som deras ekonomiska och sociala situation i allmänhet inte medger. Samtidigt går det svenska samhället miste om en viktig tvåspråkig och kulturkompetent professionell resurs.

Det krävs vissa extraordinära insatser att pröva teori och praktik inom en utländsk yrkesutbildning i relation till motsvarande svenska utbildning samt härifrån fastställa en individuell studiegång för komplettering fram till examen.

För att bättre kunna ta tillvara de viktiga professionella resurser, som det här är fråga om, är det angeläget att det vidtas åtgärder för att underlätta prövningen och för att ge kompletterande utbildning. Inom UHÄ har en grupp, i vilken SÖ ingått, arbetat med frågan hur utländsk utbildning skall bedömas (UHÄ-rapport 1983:19).

Enligt arbetsgruppens förslag skall UHÄ få ansvaret för hanteringen av bedömningen av utländsk högre utbildning. I uppdraget bör ingå att bygga upp en dokumentation rörande värdering av utländsk utbildning inom olika områden. Ansvaret för de yrkesgrupper inom vårdområdet för vilka socialstyrelsen redan prövar kompetensen och behovet av kompletterande utbildning skall emellertid ligga kvar inom socialstyrelsen.

Det gäller alltså att bättre ta till vara den tvåspråkiga personalen inom områden där de bäst behövs och ge dem erforderlig kompletterande utbildning samt att ta till vara den andra generationens invandrare inom hälso- och sjukvården genom att på olika sätt stimulera dem till att utbilda sig i vårddyrken.

5.2.5 Vårdutbildning för tvåspråkiga

Rekryteringsunderlag

Till tvåspråkig yrkesutbildning rekryteras personer som behärskar ett språk utöver sitt modersmål på ett sätt som svarar emot kraven i det yrke det gäller. (Ds A 1982:9). Det är ett krav för praktiskt taget all nu verksam personal att alla behärskar svenska för skriftlig och muntlig kommunikation.

Erfarenheterna från försöksverksamheten med tvåspråkig förskolläraryt- bildning visar att det har varit svårt att rekrytera studerande till tvåspråkig högskoleutbildning. Endast 50-60 procent av platserna har kunnat utnyttjas på grund av att mer än 50 procent av de sökande inte har klarat språkproven.

Andelen elever med annat modersmål än svenska som går över till gymnasieskolan har successivt stigit. De elever vars färdighet i svenska motsvarar de svensktalande elevernas genomsnittliga nivå i svenska antas till gymnasieskolans olika utbildningar i ungefär samma proportion som de svensktalande. Elever som inte behärskar svenska lika bra går däremot över till gymnasieskolan i betydligt mindre utsträckning.

Det krävs alltså omfattande utbildningsinsatser för att utveckla tvåspråkig kompetens hos både barn och vuxna för att få ett underlag till rekrytering av tvåspråkiga till yrkesutbildningarna.

Det gäller färdighetsträningen i såväl modersmålet som svenska i förskolan och ungdomsskolan. För att utveckla tvåspråkighet måste vuxna invandrare få omfattande svenskundervisning samt stöd att vidmakthålla och utveckla sitt modersmål.

Behovet av förbättrad studie- och yrkesorientering har länge påpekats från olika håll. I detta syfte har UHÄ i december 1981 fått regeringens uppdrag att få till stånd en kvotering av antagningsplatserna för sökande med finska som modersmål till utbildningen av SYO-konsulenter.

Gymnasieskolans vårdlinjer

Förslag till en treårig försöksverksamhet med utbildning inom gymnasiesko- lan av tvåspråkig personal för vårdområdet har översänts till regeringen våren 1982. Förslaget som utarbetats inom skolöverstyrelsen omfattar

vårdlinjens grenar och varianter samt sociala servicelinjen. Högst 300 av befintliga/planerade utbildningsplatser har SÖ föreslagit skall utnyttjas i en eventuell försöksverksamhet. Enligt regeringens beslut får introduktionskurser om en eller två terminer eller kompletterande sommarkurser för invandrarungdom anordnas fr o m 1983/84 (SÖ-FS 1983:3).

Högskoleutbildning

Inom högskoleutbildningen har man hittills följt två vägar för att öka tillgången på tvåspråkig personal. Man ordnar särskilda studievägar för tvåspråkiga, dvs ett visst antal utbildningsplatser tas i anspråk för sökande som är tvåspråkiga. Ett sådant exempel är den särskilda förskoleutbildningen för sökande med finska, grekiska, turkiska, spanska och serbokroatiska som modersmål.

Sedan hösten 1981 ger UHÄ försöksvis företräde till viss utbildningslinje eller förtur till enstaka kurser för studerande med annat hemspråk än svenska. Hittills har emellertid relativt få kommit in med stöd av företrädesregler.

Regeringen har 1983 givit UHÄ i uppdrag att utreda frågor om ökad tillgång inom vissa samhällsområden på tvåspråkig personal med högskoleutbildning.

UHÄ bör enligt uppdraget utreda förutsättningarna för att anordna varianter av utbildningslinjer för personal som är tvåspråkiga för yrkesverksamhet inom i första hand socialtjänsten, mödra- och barnhälsovården, långtidssjukvården samt den psykiatriska vården. UHÄ bör också utveckla möjligheterna för sökanden som är tvåspråkiga att antas med förtur. UHÄ bör vidare utreda vilka åtgärder som krävs för att genom fortbildningsinsatser för yrkesverksamma öka tillgången på tvåspråkiga personer. UHÄ skall därvid behandla vilket ansvar som bör vila på respektive arbetsgivare och vilka åtgärder som eventuellt bör vidtas av högskolemyndigheterna.

Kompletterande personalutbildning

Inom arbetsmarknadsutbildningen (AMU) och den kommunala vuxenutbildningen (KomVux) har det anordnats behörighetsgivande och kompetensriktad utbildning för anställd personal. Vissa försökskurser för elever med annat hemspråk än svenska har anordnats där man gett viss förstärkning i hemspråk och svenska. Då bristande svenskunskaper har visat sig vara dessa elevers största hinder när det gäller att kunna tillgodogöra sig utbildningen har en överenskommelse träffats mellan arbetsmarknadens parter, arbetsmarknadsverket och skolöverstyrelsen som prioriterar preparandkurser i svenska för tvåspråkiga.

I detta sammanhang bör också de av huvudmännen anordnade introduktionskurserna och preparandkurserna i svenska till redan anställd personal med utländsk bakgrund nämnas. Sådana insatser har visat sig fylla ett stort behov.

5.3 Vårdpersonalens förutsättningar och kompetens att möta invandrarnas behov

I den tidigare refererade uppsatsen "Sjuk i främmande land - Sverige" sammanfattar författarna sina intryck av personalintervjuerna (99).

De finner det vara anmärkningsvärt att samtalen mest rört sig om konkreta saker såsom matvanor, kropps- och sjukdomskunskap, inställning till kirurgiska ingrepp etc. De efterlyser en inställning, där man frågar sig varför; vad som ligger bakom invandrarnas uppträdande och deras olika seder och bruk.

"Vilka är invandrarnas attityder till liv och död, politiska åsikter, inställning till läkaren som auktoritet och liknande? Ingenstans kommer det fram några tankar om invandrarnas innersta känslor och värderingar. Vad kan detta bero på? Det är lätt att komma med förklaringen att det beror på språksvårigheter, dåliga tolkar och brist på tid. Men håller detta resonemang? Visserligen kan man säga att en svensk distriktsläkare ej heller har tid att gå in på de svenska patienternas värderingar och attityder till liv och död. Men är detta nödvändigt i samma mån som med invandrarpatienterna? Nej, ty de svenska patienterna delar ju doktors grundvärderingar genom att ha vuxit upp i samma kultursfär. Som vi ser det, är det när det gäller invandrarpatienterna, nödvändigt att mer tid avsätts vid deras besök och även att läkare och annan sjukvårdspersonal får lära sig vad kulturskillnaderna betyder för patientens syn på sjukdom och dess behandling".

"Vi tror att det är just denna brist på kunskap om invandrarnas kulturella bakgrund som har gjort att vissa intervjupersoner haft blandade känslor inför våra frågor och kanske till och med upplevt dem som olustbetonade."

Behovet och efterfrågan på utbildning i invandrarfrågor är stort inom vårdsektorn. Åtskilliga problem föreligger emellertid när det gäller att efterkomma detta utbildningsbehov. Aurelius har i skrivelse till UHÄ 1980 beskrivit situationen enligt följande

"Studiemålet är opreciserat, ämnet invandrankunskap är definitionsmässigt oklart, utläggningen av ämnet på olika stadier i utbildningen är ej diskuterat, strukturerat studiematerial saknas i stor utsträckning och lärarna är få och saknar en grundläggande utbildning. Följden har blivit att den undervisning i invandrankunskap som nu ges smärre grupper av vårdpersonal blir fragmentarisk, tillfällig och beroende på lokal tillgång till intresserad men oftast amatörmässigt utbildad lärarkraft."

Från invandrankunskap/kulturkunskap till interkulturell kommunikation

I de utvecklingsarbeten som bedrivs av SIV, UHÄ och de sex regionsstyrelserna pågår arbete med att definiera mål och innehåll för undervisningen i invandrankunskap. Målet är att skapa en beredskap hos den studerande att i sin framtida yrkesverksamhet kunna möta invandrare med kunskap, förståelse och respekt. Undervisningen anses böra ge dels baskunskaper, dels inlevelser som leder till handlingar i det framtida yrket - handlingar, som förbättrar relationen mellan invandrare och svenskar. Man anser att invandrankunskap inte täcker det utbildningsinnehåll, som skall leda fram till

åsyftade beteende- och attitydförändringar hos personalen. Den statiska och kunskapsinriktade beteckningen invandrarkunskap har ersatts av begrepp som beskriver kommunikationen mellan två parter från olika kulturer, t ex interkulturell kommunikation, förståelse för kulturmöten m m.

Kunskap och insikter om vad kultur överhuvudtaget står för, dvs den egna och andras kulturer, är utgångspunkten i all undervisning. Man önskar skapa en öppenhet för de bidrag som andra kulturer kan tillföra så att de studerande kan integrera element från andra kulturer i den egna på ett meningsfullt sätt.

I den interkulturella inlärningsprocessen passerar båda parter olika steg från etnocentrism över stegen medvetenhet och förståelse på väg mot integrering av nya beteenden och attityder som kan uppfattas som önskvärda och meningsfulla.

En annan fråga som diskuteras i sammanhanget är om "invandrarkunskap" alternativt kulturkunskap skall utgöra ett eget ämne. Den internationella och svenska utvecklingen går mot att införa en interkulturell dimension i all undervisning, t ex i grundskolan lägger man i samband med historieundervisningen mer tonvikt vid invandrarländernas historia än hittills, i vårdrkesutbildningen tar man genomgående upp kulturella aspekter inom de områden som behandlas, som födelse, åldrande, familj, kostvanor etc.

För att man skall kunna uppnå en integrering anses det att ämnet måste ingå i undervisningen på olika stadier i utbildningen.

Aurelius har i ovan nämnda skrivelse till UHÄ beskrivit den invandrarkunskap som personer verksamma i vårdrken kan behöva inhämta i tre delar

- Invandringskunskap
- Medicinsk antropologi
- Invandrarkunskap.

Dessa delar kan särskiljas inte bara genom sitt innehåll utan också genom att de kan presenteras vid olika tidpunkter i utbildningen.

Allmän utbildning. Invandringskunskap omfattande i grundskola och gymnasieskola, invandringens historia, folkkunskap, lagstiftning samt frågor kring diskriminering och fördomar.

Vårdrkesutbildningen. Medicinsk antropologi omfattande kulturella aspekter på gymnasieskola, kommunal och statlig högskola, hälsa och sjukdom.

Fortbildning och praktik. Invandrarkunskap anpassad till inom vidareutbildning lokala förhållanden med speciell inriktning på de etniska grupper som finns i området.

För genomförandet av denna undervisning anser Aurelius att det krävs lärare som kan medverka i undervisning i medicinsk antropologi. Han anser det därför angeläget att varje högskoleregion bygger upp en egen liten kader av personer som kan förmedla denna typ av kunskap. Det torde vidare vara en fördel om ämnet kunde förankras vid någon institution, t ex socialantropologisk, socialmedicinsk eller allmänmedicinsk. Härigenom kunde ämnet ges en fast anknytning till undervisning och forskning.

Läroplaner och utbildningsplaner

En förutsättning för utveckling av undervisning i invandrar/kulturkunskap inom vårdyrkessektorns utbildningar är att det står inskrivet i gymnasieskolans läroplaner och högskolans utbildningsplaner. I takt med att utbildningarna ses över beaktas också detta förhållande. En andra förutsättning är att det finns lärare med kompetens för dessa uppgifter.

Gymnasieskolan

Gymnasieskolans äldre läroplaner är detaljerade och därmed styrande för undervisningens utformning. I läroplanerna från 1971 finns det naturliga möjligheter att integrera invandrarkunskap i psykologi, socialmedicin, timme till förfogande – men det är inte klart utsagt. I 1982 års läroplaner för vårdlinjens nya gren för hälso- och sjukvård och i sociala servicelinjen är kulturella och religiösa aspekter explicit nämnda och integrerade i olika ämnen som samhällskunskap på den sociala servicelinjen. Inom utbildningen till skötare i psykiatrisk vård är invandrarkunskap integrerad i olika moment som psykiatri, socialmedicin, social servicekunskap.

Med anledning av ett förslag från gymnasieutredningen fick skolöverstyrelsen i uppdrag att redovisa förutsättningarna för införande av ett ämne – kulturkunskap – i gymnasieskolan. Uppdraget redovisades av skolöverstyrelsen i september 1983 och ledde till förslag om en försöksverksamhet. Enligt budgetpropositionen 1984/85 kommer det att anordnas en begränsad försöksverksamhet i vilken flera vårdskolor ingår från och med höstterminen 1984. Förutom till de samhällsorienterade ämnena kommer kulturkunskapen att knytas till de yrkesinriktade ämnena såsom vårdkunskap.

Högskolan

Högskolereformen 1977 innebar att en internationalisering av utbildningen fördes fram i högskolelagen som ett av målen för högskolans verksamhet. För utbildningar som syftar till en yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården angavs som ett delmål för internationaliseringen att utbildningen skall innebära en förberedelse för kommande kontakter med invandrargrupper.

Huvudparten av den kommunala högskolans vårdutbildningar reformerades den 1 juli 1982 (Vård-77). Sociala omsorgs- och rehabiliteringslinjen inrättades den 1 juli 1983. Den inledande, för samtliga linjer gemensamma baskursen, som har ett beteende- och samhällsvetenskapligt innehåll, skall enligt utbildningsplanen behandla bl a

- olika synsätt på och attityder till begreppen hälsa, ohälsa och död
- olika folkgrupper och deras kulturer inom och utom landet
- globala problem och internationellt samarbete.

Med denna utbildningsplan för baskursen som utgångspunkt har Stockholms läns landstings utbildningsnämnd fastställt en kurs (1 vecka) i invandrarkun-

skap och medicinsk antropologi. För att kunna genomföra denna ordnade utbildningsnämnden först utbildning av i kursen engagerade lärare.

Inom många av landstingens linjenämnder pågår arbete med att integrera invandrarfrågor i olika utbildningsavsnitt och att ordna temadagar i ämnet.

UHÄ:s utredning för översyn av grundutbildningen av läkare har föreslagit att såväl invandrarkunskap som medicinsk antropologi bör ingå i läkares grundutbildning. I utredningens förslag till ny utbildningsplan för läkarlinjen anges som ett av målen för linjen

”att den studerande förvärvar sådan förståelse för andra länder och kulturer och för internationella förhållanden som är av betydelse för den framtida yrkesfunktionen.”

Vidare föreslås att utbildningen skall läggas upp så att de studerande förvärvar sådana kunskaper om förhållanden i andra länder att han/hon i sin framtida läkarfunktion kan handlägga etniska minoriteters hälsoproblem utifrån deras speciella utgångspunkter.

Genomförande

För att läro- och utbildningsplanernas intentioner skall kunna förverkligas och kurser med angivet innehåll komma till stånd krävs intresse och insatser hos dem som skall planera kurser och tillgång till lärare som kan undervisa.

Vårdlärarutbildningen har varit föremål för en översyn inom UHÄ. Vårdlärarnas verksamhetsområde sträcker sig över både gymnasieskolans och den kommunala högskolans vårdutbildningar.

Det är angeläget att denna utbildning ger de framtida lärarna en grund att inom sina respektive undervisningsområden utveckla kunskaper och förståelse för samspelet mellan den egna och andra kulturer i hälso- och sjukvårdsarbetet. Det gäller givetvis också att redan verksamma lärare får möjlighet till fort- och vidareutbildning inom detta område.

Inom UHÄ, SIV och regionsstyrelserna övervägs regionala utbildningsinsatser för att utbilda lärarna inom högskolan i invandrarfrågor med prioritet för vård- och utbildningssektorn. En tvåveckors kurs för nordiska vårdutbildare vid Nordiska hälsovårdshögskolan ägde rum våren 1984.

Flera frågor återstår att utreda och utveckla när det gäller att införa ”invandrarkunskap” i vårdutbildningarna. Dessutom är uppläggningsplanen för olika utbildningsbehov inte tillräckligt diskuterad. Dokumenterade undervisningsmetoder saknas, liksom studiematerial.

Ett utvecklingsarbete är emellertid på gång. Flera ansvariga myndigheter arbetar med att stärka ”invandrarkunskapens” ställning inom vårdutbildningarna. Att dessa insatser ger frukt märks genom att lokala utbildningsinsatser inom området synes öka.

Statens invandrarverk startade 1979 projektet ”Ökad invandrarkunskap bland svenskar”. I projektets verksamhet ingår bl a insatser inom grundskola och gymnasieskola, högskolor samt personalfortbildning. Inom projektets ram har invandrarverket i samråd med UHÄ och landets sex regionsstyrelser bedrivit konferens- och kontaktverksamhet med lokala högskolor. Konferenserna har vänt sig till linjenämndsrepresentanter, lärare på prioriterade

utbildningslinjer, däribland vårdsektorns linjer, utbildningsadministratörer m fl. Cirka 300 personer har deltagit i dessa konferenser och erfarenheterna håller nu på att utvärderas. Fördjupningskurser har redan startat i olika regioner för att ge en ökad kompetens för utbildning i ett flerkulturellt samhälle.

Det är angeläget med fortsatta insatser för att öka kompetensen hos utbildningsplanerare samt verksamma och framtida lärare. Arbetet med analys av utbildningsbehov och ämnesinnehåll samt utveckling av pedagogiska metoder och studiematerial måste prioriteras.

Fort- och vidareutbildning

Utbildningsinsatserna syftar dels till att ge ett vidgat kunskapsinnehåll, dels till en förändring av arbetssättet med förankring i den egna arbetssituationen.

Kunskapsutveckling

Visst kunskapsinnehåll, såsom specifik invandrarkunskap lämpar sig bättre att undervisa inom lokalt och praktiskt förankrad fortbildning än inom grundutbildningen. Praktik inom vidareutbildningens ram kan också lämpa sig för denna typ av kunskapsförmedling. Andelen av olika invandrargrupper i befolkningen varierar betydligt från plats till plats.

Det är därför både omöjligt och onödigt att generellt förmedla kunskap om alla etniska minoriteter. Man får istället undervisa lokalt om de invandrargrupper som är väl representerade i en viss region.

Svenska psykiatriska föreningen och Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri har anordnat fortbildningskurser, som varit helt ägnade arbetet med invandrare.

Inom påbyggnadskursen i socialt arbete vid institutionen för socionombildning ingår sedan ett antal år undervisning i möten mellan olika kulturer.

I flera landsting pågår utbildningsverksamhet i invandrarkunskap för personalen. Exempel på utbildningsaktiviteter är temadagar, studiecirklar, klinikkonferenser. Man kan då utnyttja lokal kompetens i form av personal från invandrarbyrån, representanter för olika invandrargrupper (invandrarföreningar).

Inom SIV:s invandrarkunskapsprojekt har det påbörjats en regional utbildning av handledare i samverkan med kommuner och landsting.

Personalförvaltningen inom Stockholms läns landsting har gemensamt med Solna kommun genomfört en handledarutbildning i invandrarfrågor. Dessa handledare tar initiativ till att medverka vid konferenser, temadagar och studiecirklar inom sina respektive förvaltningar. Gruppens handledare träffas regelbundet på personalförvaltningen för att tillsammans diskutera olika aktiviteter samt ge varandra stöd och impulser i det egna arbetet.

Vissa personalkategorier inom landstinget såsom kuratorer och personalkonsulenter har med bibehållen lön genomgått en 10-poängskurs i socialantropologi vid Stockholms universitet. Man har i detta sammanhang sett det som värdefullt att utnyttja en institution utanför landstinget.

Mot ett förändrat arbetssätt

I avsnitt 4.3.1 beskrivs mötet mellan patient och sjukvårdspersonal som en ömsesidig process, där patienters och personals erfarenheter, synpunkter och värderingar ställs mot varandra. Många av de svårigheter som uppstår i mötet mellan invandrapatienten och den svenska sjukvårdspersonalen gäller alla patienter men uppförstoras i det kulturella perspektivet, där skillnader i bakgrund och uppfattning är så mycket mera märkbar.

Det gäller att tillämpa en socialmedicinsk helhetssyn och ett psykosocialt arbetssätt i vårdarbetet helt i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens intentioner. För detta syfte har ett underlag till vårdprogram, "Socialt innehåll i sjukvården" (116) utarbetats inom socialstyrelsen. Det är bl a avsett att användas i sjukvårdspersonalens utbildning och stimulera till lokalt och regionalt utvecklingsarbete. Inom arbetsplatsen bör det ges möjlighet att utveckla insikter i hur människors livsvillkor oavsett etnisk tillhörighet inverkar på hälsa och sjukdom. Speciell uppmärksamhet bör ägnas hur social bakgrund och kulturellt arv påverkar relationer människor emellan och uppfattning om olika företeelser såsom sjukdom.

Men att integrera ett synsätt och förändra arbetsmetoder är en process som tar tid och kräver såväl ökade kunskaper som bearbetning av egna känslor och värderingar. För att utveckla ett psykosocialt arbetssätt krävs dels organisatoriska förutsättningar och arbetsledningens stöd, dels fortbildning, handledning och konsultinsatser. Dessa frågor finns väl utvecklade i slutrapporten från socialstyrelsens föräldrautbildningsprojekt 1980 och i rapporten "Föräldrautbildning i ett mångkulturellt samhälle" 1980 (115).

Föräldrautbildningen skall genomföras av ordinarie personal i första hand inom hälsovården för mödrar och barn. Föräldrautbildningens metod skall bygga på utbyte av kunskaper och erfarenheter med utgångspunkt från föräldrarnas egna frågeställningar och erfarenheter.

I fortbildningen av personal inom vården för mödrar och barn tillämpas en med föräldrautbildningen samstämmig metodik. Parallellt med mera koncentrerade fortbildningsinsatser och som kontinuum förordas handledning och psykosocial konsultation av psykologer. Syftet är att komplettera den kunskap och erfarenhet som redan finns och att hjälpa deltagarna att sätta dessa kunskaper och erfarenheter i relation till föräldrautbildningens målsättning.

Det väsentliga inom fortbildningen är att deltagarna tillägnar sig en arbetsmetodik med förankring i den egna arbetssituationen och får möjlighet att bearbeta egna attityder, förväntningar och farhågor inför en förändring av arbetsmetodiken.

I socialstyrelsens rapporter från föräldrautbildningsprojektet slås fast att det behövs förstärkt personalhandledning på alla orter där inslaget av invandrare är påtagligt. Speciellt är detta fallet om invandrarna kommer från kulturer som avsevärt skiljer sig från den svenska.

Ett genomförande av föräldrautbildning i områden där det finns familjer med olika etnisk, språklig och kulturell bakgrund har visat sig kräva speciella förberedelser. Utgångspunkten bör dock alltid vara den reguljära fortbildningen. Förutom den personal och de handledare som ingår i den ordinarie fortbildningen kan med fördel representanter för lokala invandrarföreningar

och om möjligt socialantropologiskt utbildad person deltaga i lämplig utsträckning.

Det framgår av genomförda intervjuer med personal inom hälsovården för mödrar och barn, förlossning och BB, att personalen på respektive institutioner behöver utveckla sin förmåga att analysera vilka speciella behov invandrarfamiljerna har i de aktuella områdena.

Fortbildningen har därför ansetts böra leda till att personalen kan utföra enklare behovsanalyser av vilka hälsovårdsinsatser som finns hos områdets familjer och vilka deras utbildningsbehov är samt pröva hur man på de olika mödra- och barnvårdscentralerna kan modifiera sitt arbete därefter.

De ovan refererade rapporterna från socialstyrelsens föräldrautbildningsprojekt rör fortbildning av personal i arbete inom hälsovården för mödrar och barn både generellt och i mötet med invandrargrupper. I sina huvuddrag är innehållet tillämpligt på fortbildning av all hälso- och sjukvårdspersonal för att dessa skall bli bättre rustade att arbeta efter nya hälso- och sjukvårdslagens intentioner.

6 Mot en likvärdig vård

Mål och verklighet. Inbyggda konflikter

En för alla grupper i samhället likvärdig vård, vilket för minoritetsgrupper innebär en lätt tillgänglig och kulturkompetent vård, är krav som väl ryms inom hälso- och sjukvårdslagstiftningens ram.

Det är i sammanhanget intressant och nödvändigt att föra en diskussion om vad som i praktiken kan omsättas när det gäller kulturkompetens.

En hälso- och sjukvård, som skall tillgodose patientens krav på trygghet och kvalitet, måste i enlighet med den proposition som föregått lagen vara baserad på vad som brukar benämnas vetenskap och beprövad erfarenhet samt kunna relateras till olika kvalitetsnormer och till svensk sjukvårds arbetssätt. Vidare skall vårdformer och vårdmetoder vara anpassade till vad tillståndet i det enskilda fallet kräver. Behoven bör bedömas under erforderligt hänsynstagande till såväl individuella som sociala och miljömässiga förhållanden.

Tillämpat på minoritetsgrupper med delvis andra sjukdomsbegrepp och andra erfarenheter av hur sjukvården fungerar kan denna rekommendation innefatta motstridiga budskap.

Det krävs att man ställer sig en rad frågor med utgångspunkt från konkreta situationer för att målet likvärdig vård skall kunna uppnås.

Vad står sådana begrepp som trygghet och kvalitet för i olika minoritetsgrupper? Hur förhåller sig dessa till våra begrepp om vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet? Vad innebär det i praktiken att sjukvården skall vara lätt tillgänglig och vara organiserad så att den främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen? Vad innebär respekt för patientens självbestämmande och integritet när det gäller invandrapatienter med skiftande bakgrund och till vilka den kulturella distansen ofta är stor? Inom vilka rimliga gränser kan hälso- och sjukvården ställa upp för att möta olika invandrargruppers behov?

Många av de svårigheter som uppstår i mötet mellan invandrapatienten och den svenska hälso- och sjukvården gäller alla patienter, men uppförstoras i det kulturella perspektivet, där skillnader i uppfattning, erfarenheter samt kommunikationsproblem gör sig mera märkbar.

Kommunikation och information inom sjukvården är t ex ett uppmärksammat problem och inte unikt för invandrapatienter. Ett annat exempel är svenska patienters växande efterfrågan på och intresse för alternativa behandlingsmetoder. Samma fenomen som uppfattas försvåra den svenska

sjukvårdspersonalens kontakt med invandrapatienter finns, fastän mindre synligt, också i mötet med svenska patienter.

Grundläggande, ständigt återkommande och kontroversiella frågor är i vilken utsträckning olika minoritetsgrupper anpassar sig till det svenska samhällets vårdsyn vare sig man arbetar inom vårdplanering, i förebyggande hälsovård eller i sjukvård.

Enligt Aurelius nödvändiggör den ömsesidiga anpassning, som är en förutsättning för integration en viss grad av värdegemenskap (95).

”Båda parter måste i vissa väsentliga delar ha en gemensam uppfattning om vad som är målsättningen för samarbetet. Om det råder delade meningar om målsättningen kan samarbetet försvåras och vårdarbetet ej få avsedd effekt. Exempelvis kan hälsoinformation ges en sådan framtoning att invandrare bibringas uppfattningen att samhällets normer och värderingar skall gälla för alla.

Assimilationstanken får då en praktisk tillämpning i hälsoarbetet. Med den funktionella integreringen som gemensam målsättning (och som de svenska invandrarpolitiska riktlinjerna bygger på) blir i stället åsiktsutbytet, dialogen kring hälsofrågorna det väsentliga. Denna målsättning behöver då inte upplevas av invandraren som ett hot mot den egna gruppens identitet. Dialog och samverkan blir på detta sätt drivkraften i det integrerade hälsovårdsarbetet för invandrare.”

Områden inom vilka norm- och värderingskonflikter gjort sig gällande har dokumenterats i två projekt inom socialstyrelsen; föräldrautbildning och sex och samlevnad. Inom båda projekten har svensk personal och representanter för olika invandrargrupper samverkat. En verksamhet uppbyggd för svenska förhållanden antas inte utan vidare vara tillämplig för invandrare.

Både invandrare och personal från invandratäta områden var samstämmiga i sin uppfattning att hälso- och sjukvård för invandrare allt för mycket utgick från svenskt perspektiv. Inom hälsovården för mödrar och barn kan den svenska personalens och framförallt läkarens benägenhet att ta över ansvar för patienten bidra till, att invandrankvinnan ”nollställs” och fränkänns erfarenhet och kunskap trots att hon kan ha fött och uppfostrat flera barn i hemlandet.

För personalen blir det i stället fråga om att stötta i föräldrarollen samtidigt som man bör kunna förmedla relevant kunskap, något som kräver respekt för det annorlunda och en förtroendefull kontakt.

Man betonar att ingen som arbetar med invandrare kan undgå att ta ställning till i vilken utsträckning olika minoritetsgrupper behöver anpassa sig till svenska värderingar. För att föra en dialog på lika villkor tvingas man se på sitt eget beteende och handlingsmönster, syna dess ursprung och lära sig mer om sig själv och sin egen kultur.

Hur långt man från svensk sida skall sträcka sig när värderings- och normkonflikterna gör sig gällande i vårdssammanhang är en fråga som måste hållas öppen och aktuell och som det inte går att ge ett entydigt svar på.

Debatten som förts om omskärelse av pojkar är ett bra exempel härpå. Vilken hänsyn bör tas till styrkan i bakomliggande motiv och till att grundläggande värderingar och religiösa föreställningar hotas? Om konsekvensen av att sjukvården inte ställer upp blir den, att invandraren vänder sig

till oprofessionella eller anser sig tvingad att resa till hemlandet, bör man då neka?

Det är mot denna bakgrund viktigt att ett kontinuerligt utbyte av åsikter mellan hälso- och sjukvårdens företrädare och olika minoritetsgrupper befrämjas. Samtidigt bör den kunskap som svensk hälso- och sjukvård baseras på förmedlas till invandrare både i grupp och enskilt.

Ett sådant utbyte ställer stora krav på verksamheten och dess personal. Det är därför viktigt att skapa förutsättningar för att en verksamhet, som bygger på ömsesidig anpassning och respekt, kommer till stånd.

7 Överväganden

7.1 Insatser inom förebyggande verksamhet och vård

Kunskapsöversikten i kapitlen 1-6 är avsedd att användas av sjukvårdshuvudmännen och socialstyrelsen i deras vidare planerings- och utvecklingsarbete för att i enlighet med intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen bättre anpassa verksamheten till ett mångkulturellt samhälle.

Kunskapsöversikten bygger huvudsakligen på dokumentation från olika landsting, statliga utredningar, forskningsrapporter samt dokumenterade och icke dokumenterade fälterfarenheter.

I arbetet med kunskapsöversikten har förhållanden framkommit som ställer krav på hälso- och sjukvården när det gäller att tillgodose etniska minoriteters hälso- och sjukvårdsbehov.

Som framgår av bakgrundsbeskrivningen bör problem och åtgärder behandlas utifrån tre perspektiv

- vad gäller generellt för befolkningen
- vad gäller specifikt för invandrare
- vad gäller individuellt.

Många av de frågor som behandlas i översikten utifrån invandrades relation till hälso- och sjukvården gäller också den övriga befolkningen.

De invandarspecifika problemen har med kommunikation och konsekvenser av migration att göra. Vissa problem sammanhänger med vissa mindre invandrargruppers mycket annorlunda sociala, kulturella och religiösa bakgrund.

I det följande diskuteras utifrån vad som framkommit i kunskapsöversikten om invandrades hälso- och sjukvårdsbehov, förebyggande insatser, insatser för att öka vårdens tillgänglighet samt insatser för att höja vårdens kvalitet.

Förebyggande insatser

Levnadsnivåundersökningarna och andra kartläggningar visar att många invandrare lever under sämre förhållanden och därmed utsätts för större hälsorisker än den övriga befolkningen samt att de inom flera områden har mindre möjligheter att få sina vårdbehov tillgodosedda.

I HS 90:s "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering" beskrivs

invandrare som en av fyra särskilt utsatta hälso- och vårdpolitiska riskgrupper.

Samlade erfarenheter av migrationens konsekvenser visar att emigration kan innebära en positiv förändring men att emigration alltid innebär ett risktagande. Invandrarsituationen kan framför allt innebära stora psykiska påfrestningar. Flyktingar i exil är i detta hänseende en speciellt utsatt grupp.

Socialforskningsinstitutets uppföljningar och andra erfarenheter visar att hälsoproblemen ofta är varaktiga. Det psykiatriska hjälpbehovet ökar trots social etablering. Rapporter från rehabiliteringskliniker och försäkringskassornas pensionsdelegationer beskriver en överrepresentation av invandrare – tidigt utslagna på grund av en kombination av förslitning, trötthet och psykosomatiska besvär. Erfarenheterna från arbete med flyktingar visar att psykiatriska och psykosomatiska problem tilltar med tiden. Dessa erfarenheter är så mycket mer alarmerande som man vet att barns hälsa och utveckling i hög grad är relaterad till föräldrarnas anpassning och hur de mår.

I detta perspektiv framstår de förebyggande insatserna i samhället som speciellt viktiga. Allt för många problem som sammanhänger med levnadsvillkoren och invandrarsituationen tenderar att förvandlas till hälsoproblem. Invandrarna är här i samma situation som många andra högriskgrupper. Problem i vissa invandrargrupper accentueras emellertid kraftigt som följd av bl a låg utbildning, språksvårigheter och konsekvenserna av migration.

Förebyggande åtgärder av speciell betydelse för invandrare är sådana som syftar till att stärka invandrarnas egen kompetens, motverka isolering och avlasta vissa familjer en orimlig arbetsbörda.

Att underlätta invandrarnas anpassning är primär psykisk hälsovård. Många institutioner är berörda och behöver bygga upp en kompetens. I England ställs speciella krav på och ges utbildning till de personer som kallas "gate-keepers", som invandrare passerar under sin orienterings- och anpassningsfas. Invandrarbyråerna i Sverige har en sådan funktion. Men en beredskap att möta invandrare och språkliga minoriteter bör vara inbyggd i socialtjänsten, förskolan, skolan, arbetsförmedlingen – överhuvudtaget bör den finnas inom institutioner där man möter invandrare under ett tidigt skede av deras vistelse i landet. Detta gäller givetvis också den förebyggande hälsovården som invandrare normalt passerar såsom hälsovården för mödrar och barn, skolhälsovården och företagshälsovården. Med en utbyggd primärvård och öppen psykiatrisk vård torde förutsättningar finnas att i samverkan med framför allt kommunens socialtjänst och invandrarbyråer samt med förskolor och skolor bedriva ett hälsoförebyggande arbete i upptagningsområdet.

Det är angeläget att de kunskaper och erfarenheter, som förvärvas inom hälso- och sjukvården om förhållanden som påverkar invandrarnas och minoriteternas hälsa förmedlas till de myndigheter och andra organ, som på sina respektive områden kan vidta åtgärder som verkar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

Hälso- och sjukvården är å sin sida beroende av samverkan med framför allt socialtjänsten och skolan för att ta del av deras ofta ingående och mer differentierade kunskap om människors levnadsförhållanden i kommunen.

För att kunna ge så god språklig och insiktsfull service som möjligt torde man på många orter behöva samutnyttja personal. Det blir då fråga om att inventera gemensamma behov, analysera hinder samt att gemensamt utveckla arbetsmetoder och samverkansformer. Insatser krävs för att öka vårdens tillgänglighet och kvalitet. Det har konstaterats att invandrare inte söker vård i den utsträckning som de anser sig behöva utifrån sitt hälsotillstånd. I kapitel 4.2 diskuteras huruvida ett lägre och annorlunda vårdutnyttjande hänger samman med bristande information och svårigheter att ta kontakt och/eller på att den sjukvård som erbjuds inte upplevs som relevant.

Av kunskapsöversikten framgår att alltför många problem, som har med själva invandrarsituationen att göra medikaliseras när invandrare får kontakt med sjukvården, dess begreppsapparat och sätt att arbeta. Invandraren riskerar att komma in i en negativ sjukvårdskarriär, dvs remitteras runt utan att man därför lyckas precisera diagnosen eller åtgärda det egentliga problemet allt under det att symtomen blir allt mer befästa.

Osäkerheten inför dessa patienter, som man inte förstår sig på, har visat sig medföra fler inläggningar än vad som är befogat. Å andra sidan kan osäkerhet och bristande språkförståelse bidra till att tryggheten för adekvat vård av invandrare kan ifrågasättas.

Risken för att problem sammanhängande med invandrarsituationen medikaliseras torde bli mindre om invandrarna sökte sig till vårdcentralerna i större omfattning. Av kunskapsöversikten framgår att de – genom att utnyttja den mer lättillgängliga akutmottagningen – får en mer fragmentarisk och episodisk vård än vad som är vanligt för svenska som i högre grad utnyttjar hälso- och sjukvårdens differentierade vårdutbud. Primärvården däremot skall arbeta utifrån en helhetssyn, beakta behovet av kontinuitet och samordning inom sjukvårdssystemet. Det finns därför anledning att söka vända strömmen från sjukhusen till primärvården genom att med olika åtgärder öka vårdcentralernas tillgänglighet för minoriteter.

De insatser som är aktuella kommer i huvudsak att rymmas inom landstingens allmänna hälso- och sjukvårdsplanering. Den pågående omstruktureringen av sjukvården mot en utbyggd primärvård och en sektoriserad psykiatrisk öppen vård kommer att göra det lättare att möta även invandrades hälso- och sjukvårdsbehov.

Kunskap behöver tillföras och arbetsformer utvecklas som *ökar hälso- och sjukvårdens språkliga och kulturella tillgänglighet* – åtgärder som samtidigt är av stor betydelse för vissa grupper svenska medborgare. Exempel på sådana åtgärder är förenklad tidsbeställning och ett längre öppethållande. I landstingens information till allmänheten bör invandrarnas behov särskilt beaktas. Det torde i många fall föreligga behov av särskilda informationsinsatser till invandrarna i upptagningsområdet om den hälso- och sjukvårdsservice som finns att tillgå samt hur man når den.

För den som behärskar svenska dåligt krävs en väl planerad tolkservice, som omfattar aktuellt förekommande även udda språk. Användning av jourtolk via telefon är ett sätt att möta behovet. Överhuvudtaget bör sjukvårdshuvudmannen verka för en bättre samordning och planering av tolkuppdragen. Dessutom bör sjukvårdspersonalens behov av information och utbildning i samband med tolkning tillgodoses.

Kommunikation via tolk har flera nackdelar. Utbytet av samtalet blir som regel sämre än om parterna talar direkt med varandra. Särskilt märkbart är detta inom områden, som uppfattas vara intima och av andra skäl känsliga. Vid psykiska och psykosomatiska besvär utgör den personliga kontakten en väsentlig del av både diagnostik och behandling.

I den mån likvärdig service inte kan ges på svenska eller med tolkhjälp ger det invandrapolitiska jämlikhetsmålet och hälso- och sjukvårdslagen stöd att inrätta service på andra språk. Tvåspråkig personal är särskilt motiverad inom vissa områden såsom barnomsorg och hälsovård för mödrar och barn, psykiatrisk och psykosocial verksamhet, äldreomsorg samt vid långvarig institutionsvistelse.

Särskilda organisatoriska åtgärder – tex inrättande av tvåspråkiga vårdlag – kan behöva vidtagas för att invandrare i större utsträckning skall få sina vårdbehov tillgodosedda. Sådana åtgärder bör så långt som möjligt vara integrerade i den vanliga organisationen.

Erfarenheterna från öppnandet av psykiatriska mottagningar med personal som talar det egna språket har inte enbart visat ett stort dolt ackumulerat behov hos den aktuella invandrargruppen. Mottagningarna har också fått ett stort antal remisser från bl a medicinska specialiteter och försäkringskassorna som inte själva haft kompetens att utreda och behandla. När man från mottagningens sida har sökt planera eftervårdsåtgärder och på olika sätt samverka kring sina patienter, har det p g a bristande kompetens hos dessa institutioner inte gått att slussa patienten vidare. För att inte riskera att den tvåspråkiga mottagningen blir en flaskhals måste samtidigt bl a eftervård, socialtjänst och försäkringskassans utredningsverksamhet fungera för de aktuella grupperna i området.

Bristande patientunderlag och bristande tillgång till språk- och kulturkompetenta personer i området aktualiserar behovet av olika former av samutnyttjande över områdesgränser. Viss verksamhet kan behöva centraliseras och utomlänsavtalet tillämpas. I den fortsatta utbyggnaden av primärvården torde också bristen på språk- och kulturkompetent personal kunna minskas genom samarbete mellan hälso- och sjukvården och andra organ, bl a socialtjänsten.

Som redovisats i kunskapsöversikten behöver *omvårdnadsbehoven* hos vissa invandrargrupper uppmärksammas för att patienterna skall känna erforderlig trygghet. Kulturella och religiösa föreställningar om hygieniska och sexuella beteendemönster hos invandrapatienten måste mötas med respekt. Inbyggda konflikter mellan vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet och svensk sjukvårds arbetssätt och olika invandrargruppers förväntningar på sjukvården har behandlats i kunskapsöversikten (kapitel 6). För att få till stånd den nödvändiga dialogen mellan sjukvårdspersonal och invandrapatienter med andra sjukdomsbegrepp och föreställningar krävs utbildningsinsatser på olika nivåer inom skol- och yrkesutbildning. Insatser inom fort- och vidareutbildning är inte minst viktiga. I alla områden där inslaget av invandrare är stort krävs förstärkt personalhandledning.

För invandrare som vistas på institution är bl a följande frågor viktiga att uppmärksamma.

Erfarenheterna visar att de som talar ingen eller dålig svenska riskerar att bli isolerade när de läggs in på sjukhus. Patienterna bör därför i görligaste

mån beredas möjlighet att ligga på avdelningar där det finns tvåspråkig personal och patienter som talar språket ifråga. Detta är särskilt viktigt för barn och vid långvarig sjukhusvistelse. Enligt socialtjänstlagen (18 §) är huvudmannen skyldig sörja för att barn som vistas på sjukhus eller annan institution får tillfälle att delta i verksamhet som motsvarar den som erbjuds i förskola eller fritidshem. Samarbete med socialtjänsten torde kunna öka möjligheterna att erbjuda invandrarbarn dessa verksamheter.

Kosten på sjukhus vållar vissa invandrargrupper problem. I flera religioner finns regler beträffande dels förbud att inta viss mat och dryck, dels förbud att äta och dricka under vissa bestämda tider (fasta). Eftersom sjukhusen har ett stort kunnande när det gäller patienter som av medicinska skäl inte får inta viss föda, borde detta emellertid inte behöva orsaka några problem.

Vissa områden kräver speciella insatser där centrala kulturella normer och värderingar berörs, t ex inom hälsovård för mödrar och barn inklusive föräldrautbildning samt förlossningsvård, förhållanden som berör sexualitet och samlevnad samt frågor inför åldrandet och döden. Inom samtliga dessa områden finns dokumentation från socialstyrelsen.

7.2 Personal- och utbildningsfrågor

För att underlätta en förändring av hälso- och sjukvården i den tidigare angivna riktningen är personal- och utbildningsfrågorna av strategisk betydelse.

HS 90 finner att frågor som rör tillgången på språk- och kulturkompetent personal inom hälso- och sjukvården för närvarande är otillfredsställande lösta men att frågorna har aktualiserats och att utvecklingsarbete pågår både inom regeringen, berörda statliga verk och inom landstingen.

Tolk-, personal- och utbildningsfrågor har behandlats utförligt i kapitel 5. Följande sammanfattning är ett försök att "bena" upp problemen, ange viktiga åtgärder och inom vilken myndighets ansvarsområde respektive åtgärder ligger.

Åtgärder att öka vårdpersonalens kompetens

a) Beskrivning av utbildningsbehov utifrån förändrade arbetskrav i hälso- och sjukvården att tjäna som beslutsunderlag för utbildningsmyndigheterna

Socialstyrelsen (SoS) och sjukvårdshuvudmännen

b) Fortgående översyn av läro- och utbildningsplaner

SÖ, UHÄ, resp linjenämnder

* i allmän utbildning i grund- och gymnasieskola

* inom yrkesutbildningen som gymnasieskolans och kommunala högskolans vårdutbildningar samt i första

hand läkarlinjen, psykologlinjen och sociala linjen inom statliga högskolan

* inom vårdlärarlinjen

* inom vidareutbildning

c) Fortgående analys av ämnesinnehåll samt utveckling av pedagogiska metoder och studiematerial

d) Fortbildningsinsatser för redan yrkesverksamma personer i syfte

* att ge ett vidgat kunskapsinnehåll

* att förändra arbetssättet med förankring i den egna arbetssituationen

e) Öka kunskaperna och intresset hos verksamma utbildningsplanerare och lärare

UHÄ (påbyggnadslinjer)
SoS (NLV)

Utvecklingsarbete centralt inom SÖ, UHÄ samt lokalt inom linjenämnder, ämnesinstitutionerna, PU-enheter, FoU

Sjukvårdshuvudmännens fortbildningsverksamhet som kurser, studiecirklar, temadagar, UHÄ (enstaka kurser)

Handlednings- och konsultinsatser på arbetsplatsen med psykosocialt och socialantropologiskt innehåll

Fortsatt kontakt- och konferensverksamhet inom ramen för SIV:s invandrarkunskapsprojekt. Insatser inom SÖ, UHÄ, universitet och högskolor

Tolkservice

a) Tillgång till kompetenta tolkar

Statliga utbildningspolitiska åtgärder

Ökad utbildning och auktorisation av tolkar på flera språk. Särskilda åtgärder för "udda språk"

b) Förmedling av kompetenta tolkar

Kommunala åtgärder
Utbyggd tolkförmedling

c) Beställning av kompetenta tolkar

Sjukvårdshuvudmännens åtgärder
Inom varje större vårdinstitution särskild ansvarig kontaktperson med kommunens tolkförmedling och med uppgift att samordna tolkuppdragen

- | | |
|---|---|
| d) Rationellt utnyttjande av tolkar | Inom sjukvården fasta tolktider, inplanering av tolkuppdragen, avsättande av mer tid för samtal genom tolk |
| e) Om skyldighet att använda tolk | Information till och utbildning av personalen |
| * när behov föreligger | |
| * att i princip inte använda släkt och vänner | |
| * träning att tala genom tolk | |
| f) Utveckling av andra och kompletterande lösningar | Jourtolkning, telefontolkning etc |
| <i>Tvåspråkig personal</i> | |
| a) Bedömning av språk- och kulturkompetens (gäller svenska och ett annat språk) | Utarbetande av kriterier och instrument relevanta för yrkesverksamheten (SoS, sjukvårdshuvudmännen) |
| b) Redan anställda med invandrarbakgrund | Lokala inventeringar, personalplanering, personalutveckling, intern- och fortbildning (sjukvårdshuvudmännen) |
| c) Rekrytering av personer med yrkes- samt språk- och kulturkompetens | Vid tillsättning av vissa tjänster krav på alt meritvärdering av tvåspråkighet (sjukvårdshuvudmännen) |
| d) Personer med invandrarbakgrund och viss språk- och kulturkompetens | Yrkesutbildning inom vårdirkessektorn genom förtur alt särskilda varianter med förstärkning av svenska och hemspråk (UHÄ, SÖ) |
| e) Personer med utländsk utbildning | Översyn av behörighets- och legitimationsfrågor, underlätta komplettering (SoS, UHÄ, SÖ) |

7.3 Planering och praktiska konsekvenser

Utgångspunkter vid överväganden om vilka åtgärder som bör vidtagas är dels intentionerna och bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och dels den av statsmakterna fastställda invandrar- och minoritetspolitiken.

I regeringens proposition 1981/82:97 (sid 52) uttalar departementschefen

”Idag finns i Sverige ca en miljon människor som kommit från andra länder. Invandrarna har som patienter ofta särskilda behov av information, tolkservice och flerspråkig personal m m. Jag vill för min del understryka vikten av att dessa människor får tillgång till hälso- och sjukvård på samma villkor som den övriga

befolkningen. Detta gäller inte minst de förebyggande insatserna. Jag vill här understryka vikten av att hänsyn tas till personer som tillhör språkliga, kulturella eller religiösa minoritetsgrupper i vårt land. Det är givetvis viktigt att behoven av ökad kunskap och förståelse i dessa frågor beaktas i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonalen.”

Ansvar för genomförandet faller dels på staten, dels på sjukvårdshuvudmännen. Den följande diskussionen begränsas till landstingens och socialstyrelsens roll.

Landstingens ansvar och uppgifter

Det direkta ansvaret för utformning och drift av hälso- och sjukvården åvilar landstingen. Enligt HSL skall utgångspunkten i planeringen vara befolkningens behov. Landstingens planeringsansvar avser också den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen som t ex skolhälsovård och företagshälsovård. I förarbetena till HSL framhålls att vården skall utformas med hänsyn tagen inte endast till de rent medicinska behoven utan också till bl a vårdsökandens allmänna sociala situation och kulturella bakgrund.

Inventering av behov

Som en följd av HSL håller ett utvecklingsarbete på att komma igång inom landstingen med att ta fram hälsoprofiler, dvs behovsbaserade planeringsunderlag. I detta sammanhang är det naturligt att invandrare uppmärksammas i egenskap av såväl hälso- som vårdpolitisk riskgrupp.

Som exempel kan nämnas att inom Stockholms läns landsting har framtagnis områdesbeskrivningar för länets samtliga primärvårdsområden. Arbetet bedrivs inom ramen för ett forskningsprojekt vid Karolinska institutets socialmedicinska enhet vid vårdcentralen Kronan. Metoden är avsedd att på sikt integreras i landstingens egen planering.

I projektet definieras invandrare utifrån tillgänglig statistik, som utländska medborgare. För att kunna göra en mer adekvat beskrivning av vårdbehovens omfattning är det önskvärt med underlag i form av allmänt demografiska uppgifter relaterade till bakgrund och språktillhörighet. Det är en angelägen fråga att utveckla statistiken på området. Inom ramen för socialstyrelsens invandrarprogram pågår ett projekt som syftar till att närmare precisera behovet av basal information i form av statistik.

I ett av sjukvårdsstyrelsen i Malmö beslutat epidemiologiskt projekt, som skall beskriva hälsoläget hos befolkningen, kommer två forskare vid socialmedicinska institutionen att arbeta med den kulturella problematiken i samarbete med demografisk och statistisk expertis.

I Göteborgs kommun arbetar ett forskarlag på Lillhagens sjukhus med en kartläggning av befolkningens inklusive invandrarnas psykiatriska vårdbehov i en epidemiologiskt och kulturgeografiskt upplagd studie. Denna används av sjukvårdsförvaltningen som planeringsunderlag i utbyggnaden av den sektoriserade psykiatriska vården.

För arbete inom primärvården utgör en områdesbeskrivning ett underlag

för den lokala verksamhetsplaneringen. Planeringsunderlaget kan kompletteras på olika sätt när det gäller invandrare. För närvarande finns ett förslag att komplettera barnvårdscentralernas journaler med uppgift om språktillhörighet. På kommunnivå finns i allmänhet en mer differentierad kunskap om befolkningens sammansättning och levnadsförhållanden som kan erhållas i kontakt med t ex barnomsorgen, skolan och socialtjänsten.

De områdesbeskrivningar som utarbetats inom Stockholms läns landsting har skickats ut till de olika primärvårdsområdena med avsikt att nå så många olika befattningshavare som möjligt (administrativ personal, distriktsläkare, MVC- och BVC-personal, distriktssköterskor, sjukgymnaster, undersköterskor m fl). Man hoppas därigenom kunna sätta igång en bred diskussion om möjligheterna att utveckla den lokala verksamhetsplaneringen.

Kunskapen inom landstingskommunerna om befolkningens hälsa och metoder att ta fram hälsodata kommer att växa inom de närmaste åren. Det är angeläget att landstingen vidareutvecklar denna form av behovsinventering att tjäna som underlag för verksamhetsplanering på olika nivåer och att den invandrade befolkningens behov särskilt beaktas i detta sammanhang.

Inventering av resurser

Såväl andelen som antalet invandrare varierar kraftigt mellan olika landsting, från 7 promille (399) utländska medborgare för Gotlands län till 97 promille (149 861) i Stockholms län. Det finns också personer från de allra flesta större invandrargrupperna i så gott som alla län.

Trots detta är bosättningen av varje enskild invandrargrupp relativt koncentrerad. 67 procent av de finska, 74 procent av de jugoslaviska, 76 procent av de grekiska, 86 procent av de chilenska och 85 procent av de turkiska medborgarna bor i fem län som dock inte sammanfaller för dessa invandrargrupper. (Uppgifterna avser förhållandena den 31 december 1982).

Underlaget för tvåspråkig service varierar således starkt mellan olika delar av landet. Med hänsyn till språkgruppernas storlek och fördelning torde service för finsktalande vara aktuell i de flesta landsting medan service för andra språkgrupper varierar lokalt. De regionala och lokala förhållandena bör överhuvudtaget vara utslagsgivande för anordnande av flerspråkig samhällsservice.

Bristsituationen när det gäller språkkompetent personal kommer inte att kunna hävas under de närmaste årtiondena framför allt när det gäller personal med långa och medellånga vårdutbildningar. Man kommer i flertalet fall att vara hänvisad till att använda sig av tolk.

Betydelsen av en samlad planering av tolkservicen har utförligt behandlats i kapitel 5 liksom betydelsen av att bygga ut tolkservicen med godkända tolkar på ett större antal språk.

Som redovisats i kapitel 5.2 visar lokala personalinventeringar i invandrarstäta områden att det finns en ansevärd personalreserv bland den lågutbildade personalen, som arbetar framför allt inom långtidssjukvård och psykiatri. En omfattande personalinventering har utförts inom Stockholms läns landsting. Statens invandrareverk har tagit initiativ till några inventeringar

för att pröva och utveckla metoder för att kartlägga förekomsten av anställda med färdigheter i invandrarspråk.

Med en personalinventering som underlag bör sjukvårdshuvudmännen efter bl a erforderliga utbildningsinsatser lättare kunna tillvarata tvåspråkiga kulturkompetenta anställda inom de vårdområden där de bäst behövs.

Behovet av speciella insatser för språkliga minoriteter skiftar inte bara lokalt utan också över tiden. Inom ett upptagningsområde kan nya grupper flytta in. Behoven inom samma invandrargrupp kan ändra karaktär beroende bl a på hur länge invandrarna bott i Sverige, om de lärt sig svenska, förändrad åldersfördelning etc. Vissa säråtgärder, som idag efterlyses för första generationens invandrare för att överbygga språkbarriärer, torde behövas i långt mindre utsträckning för andra generationen.

Invandringen av nya grupper kommer emellertid att fortsätta. Sverige kommer under överskådlig tid framöver att ha en fortsatt invandring från de övriga nordiska länderna, främst Finland. Invandringen av flyktingar kommer att fortsätta liksom invandringen av anhöriga till dem som redan är bosatta i Sverige. Av dem som invandrar är det många som aldrig lyckas lära sig så god svenska att de klarar t ex ett läkarbesök.

Kraven på hälso- och sjukvården att möta invandrare med anpassnings- och kommunikationssvårigheter kommer därmed att kvarstå. Den generella språk- och kulturkompetensen kommer emellertid samtidigt att öka inom vården. Flera personer med annan kulturell och språklig bakgrund kommer att arbeta i vården och sannolikt påverka vårdinnehållet.

Praktiska konsekvenser

För att ge en likvärdig vård, som uppfyller uppställda kvalitetskrav när det gäller medicinskt-tekniskt, psykosocialt, pedagogiskt och kulturkompetent vårdinnehåll krävs dels generella åtgärder, dels invandrarspecifika åtgärder.

Av sjukvårdshuvudmännen krävs en handlingsberedskap att möta invandrarers vårdbehov i olika situationer – vårdbehov som överensstämmer med befolkningens i övrigt. För detta krävs att en genomtänkt behovsbaserad planering följs upp av praktiska åtgärder. Det är inte i första hand nya resurser som krävs utan snarare fråga om en effektiv hushållning med resurser i förhållande till behov.

Bristande patientunderlag och bristande tillgång till språk- och kulturkompetens begränsar möjligheterna att bygga upp en vårdorganisation, som inom sig täcker alla minoritetsgruppers vårdbehov.

Det är emellertid landstingens uppgift att arbeta mot lösningar, som så nära som möjligt uppfyller kraven på en likvärdig vård. I denna uppgift ingår att skaffa sig en god kännedom om behoven och att väga olika åtgärder mot dem. Erfarenheterna visar att bristande rutiner och beredskap skapar onödigt extraarbete hos inblandad personal. Utarbetade handlingslinjer och rutiner samt utarbetade kanaler inom och utanför hälso- och sjukvården som kan användas i olika situationer bör kunna ge en bättre beredskap.

Som nämnts finns det redan en stor aktivitet lokalt inom invandrantäta områden att arbeta mångkulturellt. Framför allt gäller detta inom hälsovården för mödrar och barn inklusive föräldrautbildning men även inom den

psykiatriska vården. Olika lösningar har prövats för att komma till rätta med kommunikationshinder och andra svårigheter. Ändå förefaller inte behoven vara tillgodosedda, framför allt vad gäller den psykiatriska vården. Det finns också områden med stora behov men som hittills inte rönt nämnvärd uppmärksamhet.

Mot bakgrund av den probleminventering och den bild av sjukdomsparanoramt som redovisats bör – förutom de ovannämnda – vissa andra områden prioriteras när det gäller insatser. Hit hör tandhälsovården och tandvården. Ökade insatser krävs inom rehabilitering och handikappomsorg. Tyngdpunktsförskjutningen mot högre åldrar i invandrargrupperna har redan aktualiserat åtgärder inom långtidssjukvård och äldreomsorg.

Det finns behov av att utveckla kunskap och riktlinjer för hälsouppllysning inklusive kostfrågor samt för olika aspekter av omvårdnad. Skolhälsovård och företagshälsovård är ur invandrarsynpunkt två viktiga områden för vilka landstingen visserligen inte är huvudman men ändå förutsätts påverka utifrån sitt totala planeringsansvar för hälso- och sjukvården.

Flyktingars behov av hälso- och sjukvård behandlas i särskild ordning i och med att ansvaret för flyktingomhändertagandet övergår från arbetsmarknadsverket till invandrarverket den 1 januari 1985. Förändringen kommer att medföra ökade insatser inom den reguljära hälso- och sjukvården framför allt inom primärvård och psykiatrisk vård.

Invandraspekterna bör integreras i landstingens allmänna hälso- och sjukvårdsplanering på ett naturligt sätt. Erfarenheterna talar dock för att det tills vidare behövs särskilda åtgärder för att driva frågor som sammanhänger med vissa invandrar- och flyktinggruppers behov.

Flertalet problem och åtgärder berör även andra grupper i befolkningen. Genom att anlägga ett generellt synsätt i planering och genomförande blir det tydligare vilka speciella hänsyn som trots det kvarstår och som kräver speciella lösningar inklusive resurser för olika grupper. Utvecklingen av kunskap och metoder samt utprövandet av nya arbetsformer kommer att bidra till utvecklandet av ett förhållningssätt mellan sjukvårdspersonal och patienter som kommer alla till godo, oavsett ursprung, såväl de stora invandrargrupperna som de udda och svenskarna.

Det är naturligt att det är i de landsting och kommuner som har de flesta invandrargrupperna, och där problemen blivit akuta, som utvecklingsarbetet har kommit längst. Inom flera landsting har man åtminstone inledningsvis funnit behov av att hålla invandrarfrågorna samman. De kunskaper och erfarenheter som därigenom vunnits, har då lättare kunnat tas tillvara och användas i planerings- och utvecklingsarbete samt utbildningsverksamhet och för rådgivning i konkreta ärenden rörande invandrare.

I Stockholms läns landsting finns sedan några år vissa av dessa funktioner samlade hos en invandrasekreterare. För att bättre tillgodose behoven ute i sjukvården och nå den personal som är direkt berörd tillsattes under 1983/84 en tjänst som invandrararkonsulent i varje förvaltningsområde.

Inom verksamheter i invandrantäta områden försöker personalen på olika sätt modifiera sitt arbete efter invandrades behov. Det är angeläget att arbetsledningen på olika sätt underlättar för personalen i det många gånger påfrestande arbetet. Det kan ske genom att skapa organisatoriska förutsättningar för flexibilitet i vårdens utformning, mer tid per patient och för

uppsökande verksamhet samt för samverkan över institutionsgränserna. Kraven på arbetsledningen att på olika sätt stödja och stimulera en utveckling av arbetsmetoderna är stora. De som arbetar på ett praktiskt plan för att komma till rätta med språkhinder och kulturella olikheter bör ha tillgång till konsultation, handledning och fortbildning med socialpsykologiskt och antropologiskt innehåll.

Det är också angeläget att vunna erfarenheter sprids och nyttiggörs på andra håll. I de kontakter som tagits i samband med HS 90-arbetet med landstingens institutioner har det varit påfallande hur lite man har känt till varandras verksamhet. Samma förhållande har gällt mellan olika landsting inom samma kliniska specialitet. Det har också gällt förhållanden mellan institutioner i ett upptagningsområde, där brist på samverkan förorsakar felande länkar i vårdkedjan och dubbelarbete. En slutsats är därför att det behövs en fortgående inventering av fälterfarenheter på regional och lokal nivå, som är viktiga att redovisa och sprida.

Socialstyrelsens (SoS) ansvar och uppgifter

Socialstyrelsen har enligt HSL och riksdagens beslut om styrelsens framtida uppgifter och organisation tillsynen av hälso- och sjukvården. Styrelsen skall därvid följa och stödja landstingskommunernas verksamhet.

Enligt förarbetena till HSL ingår i tillsynsuppgifterna att verka för att verksamheten utvecklas i enlighet med statsmakternas intentioner. Det åligger således socialstyrelsen att verka för en positiv utveckling av hälso- och sjukvården för invandrare.

En av socialstyrelsens uppgifter rör *vårdpersonalens kompetens*.

Vårdpersonalens kunskaper i invandrarfrågor behöver förbättras på alla utbildningsnivåer, i ungdomsskolan, gymnasieskolan och högskolan samt i fort- och vidareutbildningen.

Ansvaret härför ankommer på såväl utbildningsmyndigheterna som arbetsgivarna. Socialstyrelsen har dock här, på samma sätt som gäller andra utbildningar inom styrelsens verksamhetsområde, ansvar för att dessa utbildningsbehov preciseras, så att de kan ligga till grund för läroplansarbete, läromedelsproduktion m m.

Vårdkvaliteten är i hög grad beroende av möjligheterna till kommunikation mellan patient och behandlare. Det är därför viktigt att socialstyrelsen i sitt tillsynsarbete följer utvecklingen på detta område och tar de initiativ som förhållandena kräver.

Mycket skulle vinnas om den tvåspråkiga personal, som finns i Sverige, i största möjliga utsträckning utnyttjades i vården av invandrade patienter. Det är samtidigt angeläget att framhålla att likartade krav på yrkeskunskap och skicklighet måste ställas på den tvåspråkiga personalen som på annan personal. Om inte kompetenskraven upprätthålls finns det uppenbar risk för att detta påverkar kvaliteten i den vård som ges.

Socialstyrelsen kommer enligt sin verksamhetsplan att utarbeta en policy beträffande service, vård och behandling genom tvåspråkig personal. Socialstyrelsen avser därvid, i samarbete med bl a arbetsmarknadens parter, utarbeta underlag för personal- och utbildningsplaneringen när det gäller den tvåspråkiga personalen. De problem som gäller såväl språklig som yrkesmäs-

sig kompetens innefattas i detta arbete, t ex möjligheterna att bedöma utbildningen från andra länder och förutsättningarna för komplettering. Arbetet kommer också i viss utsträckning att inriktas på behovet av tolkar.

En av socialstyrelsens väsentligaste uppgifter är att tillsammans med sjukvårdshuvudmännen verka för *en ökad kunskapsspridning och metodutveckling* inom hälso- och sjukvården för att i enlighet med HSL:s intentioner bättre anpassa verksamheten till etniska minoriteters behov.

Som nämnts pågår en mängd försök lokalt ute i landstingen. Dessa erfarenheter har emellertid endast i begränsad utsträckning dokumenterats och systematiserats. Det är angeläget att tillvarata den kunskap som finns lokalt i sjukvården, centralt inom landstingen och statliga verk samt erfarenheter från forsknings- och utvecklingsarbete.

Socialstyrelsen kan verka för att detta sker genom att följa och ta initiativ till forsknings- och utvecklingsarbete inom området. Som nämnts behöver bl a statistiken ses över så att den bättre kan användas för tillsyn, planering och uppföljning. Vidare kan socialstyrelsen sammanställa kunskap för olika områden allt efter behov baserade på svenska och internationella erfarenheter. Socialstyrelsen bör på ett flexibelt sätt anpassa arbetet med kunskapssammanställningarna till erfarenheterna från fältet. Kunskap och erfarenheter som socialstyrelsen successivt får kännedom om och anser värdefulla bör på ett smidigt sätt kunna spridas till landstingen och därmed underlätta deras planerings- och utvecklingsarbete.

Socialstyrelsens arbete med att insamla material, följa och påverka utvecklingen kommer att innebära dels en bevakning av invandrarfrågor allmänt inom hälso- och sjukvården, dels ett behov av mera djupgående insatser inom vissa faktaområden.

Ett utvecklings- och dokumentationsarbete pågår redan inom socialstyrelsen och har resulterat i bl a flera projekt och slutförda rapporter. Som exempel kan nämnas rapporter kring "Invandrare, sexualitet och samlevnad" och "Föräldrautbildning i ett mångkulturellt samhälle". I serien Socialstyrelsen redovisar har publicerats "Sjukdom – ett relativt begrepp. Sjukdomsbegreppet sett i ett socialantropologiskt perspektiv" nr 1980:5 och "Invandrarna och den psykiatriska vården" nr 1983:9. Frågor i vilka socialstyrelsen har en bestämd policy redovisas i socialstyrelsens allmänna råd. "Inför döden. Om hänsyn till olika religiösa och etniska grupper i sjukvården" (Allmänna råd 1981:3) är ett sådant exempel på kunskapssammanställning med rekommendationer till sjukvårdspersonalen om vad man bör iaktta och hur man bör förfara.

I utvecklingen mot en mångkulturellt anpassad vård är det socialstyrelsens uppgift att ta fram generellt användbar kunskap som rör särskilda vårdområden t ex allmän psykiatri eller olika omvårdnadsaspekter, t ex kost, medan det är sjukvårdshuvudmännens uppgift att ange formen för hur verksamheten skall bedrivas.

Socialstyrelsen avser att starta ett utvecklingsarbete tillsammans med några landsting där man inom planeringen beaktar invandrarnas behov inom några angelägna områden såsom hälsovård för mödrar och barn inom primärvården i samverkan med socialtjänsten samt inom allmän psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Det är angeläget att arbetet, allt efter det

erfarenheter vinnas, fortsätter till att omfatta andra viktiga verksamhetsområden. Liksom för landstingen är det angeläget att invandraspekterna integreras i socialstyrelsens allmänna verksamhet. Fortlöpande arbete med kunskapssammanställningar rörande hälso- och sjukvård för invandrare bör leda till att sådana aspekter inarbetas på allt fler områden.

Sjukvårdshuvudmännens planerings- och utvecklingsarbete och socialstyrelsens arbete med kunskapssammanställningar bör kunna pågå jämsides och påverka varandra. I socialstyrelsens bearbetning av olika angelägna områden utgör lokala erfarenheter och riktlinjer en viktig källa till kunskap.

Det finns redan en betydande mängd kunskap tillgänglig men den behöver fortlöpande sammanställas och berikas med nya erfarenheter, inte minst genom det arbete som sjukvårdshuvudmännen sätter igång inom invandrarområdet. Ett kunskapsutbyte mellan central myndighet och sjukvårdshuvudmännen bör kunna etableras, där den förras uppgift blir att ge en helhetsbild, den senares att mer konkret inrikta sig på de i regionen bosatta minoriteternas behov.

Referenser

- 1 Invandrarpolitiska kommittén. Invandringspolitiken. Bakgrund. Kap 15 Statistisk översikt. Delbetänkande. SOU 1982:49
- 2 Ohlsson, R. Invandrarkvinnors fertilitet i Sverige. Delrapport i projektet Fertilitet, mortalitet och ekonomisk utveckling i Sverige 1750 - 1980. Ekonomihistoriska institutionen, Lunds universitet, Lund 1982.
- 3 Reinans, S. Den invandrade befolkningen. Ur Rapport Invandrarrådets rådslag 15-17 juni 1979.
- 4 Reinans, S. Om andra generationen. Ur Invandringen och framtiden. Red. Hamberg, E & Hammar T. Publica, Liber förlag 1981.
- 5 Statistiska centralbyrån. Folkmängd 31 december 1982. SCB 1983.
- 6 Widgren, J. Svensk invandrarpolitik. En faktabok. (2 reviderade upplagan). Liber läromedel 1982.
- 7 Widgren, J. Invandrarpolitik och långsiktsplanering. Ur Invandringen och framtiden. Red. Hamberg, E & Hammar, T. Publica, Liber förlag 1981.
- 8 Zetzell, I. Äldre invandrare - En bakgrund. Äldreomsorgsprogrammet. Rapport nr 5. Socialstyrelsen 1980.
- 9 Arbetsmarknadsdepartementet. Att leva med mångfalden. En antologi från diskrimineringsutredningen. Publica. Liber förlag 1981.
- 10 Arnstberg, K-O & Ehn, B. Etniska minoriteter. I Sverige förr och nu. Liber Läromedel 1976.
- 11 Björklund, U. Från ofärd till välfärd. En kristen minoritetsgrupps migration från Mellersta Östern till Sverige. Expertgruppen för invandrarforskning. Rapport 14. Liber 1980.
- 12 Diderichsen, F. Omflyttning, boende och hälsa. En socialmedicinsk studie av ett nytt bostadsområde i Luleå. Avhandling. Socialmedicinsk skriftserie nr 45, Stockholm 1981.
- 13 Diskrimineringsutredningen. Invandrare i svenskarnas ögon. Egna föreställningar och andras. Opinionen som syntes. Ds A 1982:6. Arbetsmarknadsdepartementet, Stockholm 1982.
- 14 Eitinger, L. Immigranters psykologiska problem. Ur Identitet och minoritet (red. Schwarz, D) Almqvist & Wiksell, 1971.
- 15 Gustafsson, I. Socialpsykologiska aspekter på invandrarsituationen och invandrarfamiljernas behov av stöd. Föredrag vid Läkaresällskapets riksstämma 1978. Refereat i Läkartidningen 76:2961, 1979.
- 16 Haavio-Mannila, E., Stenius, K. Immigration and mental Health. Publication no 211, Department of Sociology, University of Helsinki 1977.

- 17 Haavio-Mannila, E. Social Linkages Used by Migrant and Nonmigrant Families in Solving Health, Work and Economic Problems. *Acta Sociologica*, 1976. Vol 19, no 4.
- 18 Heyman, A-G. Invandrarbarn. Centralförbundet för socialt arbete 1978.
- 19 Heyman, A-G. Invanda kulturer och invandrarkulturer. Socialstyrelsen. Liber 1981.
- 20 Kärre, M (red). Invandrare i vård, skola, barnomsorg. Esselte Studium 1980.
- 21 Lithman, Y. Några forskningsfrågor om andragenerationen. Projektet Invandringens Långtidseffekter – PIL. Expertgruppen för invandrarforskning – EIFO. Stencil 1981.
- 22 Lohman, H. Psykisk hälsa och mänsklig miljö. Socialstyrelsen redovisar nr 30 1973.
- 23 Lundberg, S. Latinamerikanska flyktingar i Sverige. Statens invandrarverk 1977, 1981.
- 24 Olkiewicz, E. Invandrades anpassningsstrategier. IMFO-gruppen. Stockholms universitet 1975.
- 25 Otto, U. Barns och ungdomars reaktioner vid flyttning. *Läkartidningen* 65:2458, 1968.
- 26 Percivall, B., Percivall, M. Isolering eller gemenskap? Etniska minoriteter och bostadssegregation. Socialstyrelsen redovisar nr 1 1980.
- 27 Roskies, E., Iida-Miranda, M-L., Strobel, G. The Applicability of the life Events Approach to the Problems of Immigration. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 19, p 235-240, 1975.
- 28 Sachs, L. Sjukdom – ett relativt begrepp. Sjukdomsbegreppet sett i ett socialantropologiskt perspektiv. Socialstyrelsen redovisar nr 5 1980.
- 29 Schwarz, D. Identitet och minoritet. Teori och politik i dagens Sverige. Almqvist & Wiksell 1971.
- 30 Statens invandrarverk. Invandrankvinnor – kvinnans situation i några minoritetsgrupper. Rapport maj 1982.
- 31 Stenius, K. Invandrarna och den psykiatriska vården. Socialstyrelsen redovisar nr 8 1983.
- 32 Wallin, K. Att vara invandrarbarn i Sverige. Wahlström & Widstrand, 1978.
- 33 Winfridsson, G. Vi lever i ett invandrarland. Om invandrare och minoriteter i Sverige. Socialstyrelsen. Projektet Socialt arbete – innehåll och form (SOA). Utbildningsproduktion AB, Malmö 1981.
- 34 Ålund, A. Migration och sociala förändringsprocesser. Research Reports from the Department of Sociology, University of Umeå, no 44 1978.
- 35 Ålund, A., Schierup, C-U. Det kulturella glappet. Om jugoslaviska invandrare och åldradet i hemlandet och Sverige. Äldreomsorgsprogrammet, Socialstyrelsen. Rapport nr 11:1 1981.
- 36 Hälsa- och sjukvård inför 90-talet. Demografiska och socioekonomiska förhållanden inom befolkningen. Sekretariatspromemoria 1. Socialstyrelsen 1981.
- 37 Leiniö, T-L. Finska invandrare i Sverige 1974. Institutet för social forskning, Stockholm 1979.
- 38 Reinans, S. Om andra generationen. Ur invandringen och framtiden. Red. Hamberg, E & Hammar, T. Publica. Liber 1981.
- 39 Reinans, S. Utlänningar på arbetsmarknaden. Rapport nr 19. Expertgruppen

- för invandrarforskning (EIFO) Stockholm 1982.
- 40 SCB:s rapportering rörande levnadsförhållanden (ULF) nr 9 Invandranas levnadsförhållanden 1975. Liber 1977, nr 11 Hälsa och sjukvårdskonsumtion 1975. Liber 1978, nr 22. Social rapport om ojämlikheten i Sverige 1977/78. Liber 1981.
- 41 Statens invandrarverk. Invandrarungdom. Kartläggning av samhällets insatser för invandrarungdomar och förslag till åtgärder. Rapport november 1980.
- 42 Trankell A. Svenskars fördomar mot invandrare. Invandrarutredningens slutbetänkande. Bilagedelen. SOU 1974:4. Stockholm 1974.
- 43 Alfredsson A., Ahlbom A., Theorell T. Incidence of Myocardial Infarction among Finnish Immigrants in Relation to Stay in Sweden. *International Journal of Epidemiology* 11:225, 1982.
- 44 Aurelius, G. Sociomedical Aspects of the Integration of Immigrant Children in a Swedish County. Avhandling. Socialmedicinska institutionen, Huddinge sjukhus 1978.
- 45 Aurelius, G. Transkulturell psykiatri. Öka vårdpersonalens språk- och kulturkompetens. Beakta minoriternas krav i planering. *Läkartidningen* 77:432, 1980.
- 46 Aurelius, A., Moell, H. Invandranas hälsovård. *Läkartidningen* nr 41 1976.
- 47 Aurelius, G. Tandhälsa, kost och munhygien hos invandrabarn. *Pediatricus* 1980:10:7-9.
- 48 Aurelius, G., Lindström, B. A longitudinal study of oral health in immigrant children in Sweden. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1978:6:264-268.
- 49 Aurelius, G., Lindström, B. Longitudinal study of oral hygiene and dietary habits among immigrant children in Sweden. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1980:8:165-170.
- 50 Bager-Sjögren, U. Handikappade invandrabarns situation – en undersökning. Statens invandrarverk & Statens handikappråd, Rapport 1981.
- 51 Bauer, I. Problematik hos jugoslaviska kvinnor. Samlade erfarenheter från några års arbete med "psykogen regional smärta" vid Medicinska rehabiliteringskliniken i Göteborg. Ett försök att skapa utgångspunkter för vidare forskning kring psykosociala orsaker till psykosomatiska värtillstånd. Uppsats D-kursen i Socialt arbete. Göteborgs universitet 1982.
- 52 Bexell, A., Hansson, B., Lindbladh, T. Invandraren en problempatient. *Nordisk Medicin* nr 4 1980.
- 53 Cajvert, L. Jugoslaviska invandrares psykiska situation i Göteborg. Göteborgs invandrarförvaltning. Stencil 1982.
- 54 Delegationen för social forskning. Invandrarprojektet i Huddinge. Rapport över erfarenheter från en psykiatrisk mottagning för finska, jugoslaviska och grekiska invandrare. Rapport 1979:2.
- 55 Duarte, A., Seguel, J. Exilens förbannelse. Invandrare och minoriteter nr 2 1980.
- 56 Eitinger, L. The Symptomatology of Mental Diseases among Refugees in Norway. *Journal on Mental Science* Vol 106 nr 443, 1960.
- 57 Eitinger, L. Koncentrationslägerfångarna trettiofem år efteråt. Invandrare och minoriteter:1, 1981.
- 58 Eitinger, L., & Schwarz, D. Ed. *Strangers in the World*. Kager 1981.
- 59 Ericson, A., Smedby, B. Perinatal dödlighet bland barn till invandrarkvinnor. *Läkartidningen* nr 36, 1979.

- 60 Fredriksson, Wistedt. Nationellt främlingskap och risk för psykiska sjukdomar. En undersökning av ett barn- och ungdomspsykiatriskt klientel. Socialmedicinsk tidskrift nr 3 1976.
- 61 Garcindo de Sâ, M. Latinamerikaner – studie om en flyktinggrupps situation. Psykologiska institutionen vid Stockholms universitet, 1977.
- 62 Hallberg, A. Morbiditet bland sjukhusvårdade invandrarbarn i Malmö. Läkartidningen 69:253, 1972.
- 63 Hamilton, V & Tarninen, H. Psykiska och psykosociala faktorer inom invandrarproblematiken rapport 1 och 2. Uppsats Forskningsförberedande kurs Psykoterapi och behandlingsforskning. Institutionen för socionomutbildning, Stockholms universitet, Stockholm 1979.
- 64 Hansson, B. Invandrarnas anpassningsprocess och hälsotillstånd. Ur Utbildningsdag om sjukvårdens invandrarfrågor. Malmö sjukvårdsförvaltning, Stencil 1980.
- 65 Haavio-Mannila, E. Invandrarnas psykiska hälsa. Invandrare och minoriteter nr 2 1977.
- 66 Haavio-Mannila, E. & Stenius, K. Immigration and Mental Health. Publication no 211, Department of Sociology, University of Helsinki, 1977.
- 67 Hillerdal, O., Lundquist, S., Sjögren, I. Tuberkulos hos invandrare. Svenska Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar 2:63, 1972.
- 68 Holmberg, H., Rådestad, A. Obstetriska komplikationer hos invandrare och svenskar i Tensta. Socialmedicinsk tidskrift nr 6 1981.
- 69 Hirsch, R. Invandrarbarns psykosociala problem. Läkartidningen 76:2966 1979.
- 70 Invandrarbarn – hälsa och anpassning. Tema vid Läkaresällskapets riksstämma 1978. Författare: Aurelius, A., Gustafsson, I., Hirsch, R., Hofvander, Y., Mjönes, S., Sjölin, S. Refererat i Läkartidningen 76:2961, 1979.
- 71 Kleback, S. Fremmedarbeidernes sociale og medicinske problemer. Nordisk Medicin nr 5-6 1978.
- 72 Laurén, K. Nationellt främlingskap och tonårsidentitetsproblem. Socialmedicinsk tidskrift nr 6 1973.
- 73 Leiniö, T-L. Finska invandrares hälsotillstånd och utnyttjande av sjukvården. Nordisk Medicin nr 2 1979.
- 74 Lindegård, B. Invandrarnas sjukdomsmönster. Socialmedicinsk tidskrift nr 1 1971.
- 75 Mjönes, S., Merdøl, T. Förändringar i näringsstillstånd och kostvanor vid migration. Paediatricus nr 1 1980.
- 76 Tema Invandrarnas hälsoproblem och hälsoservice. Nordisk Medicin nr 5-6 1978.
- 77 Rydén, I. Barn i Sverige. Rädda barnen. Akademi Litteratur, Malmö 1981. Behandlar bl a invandrarbarns psykiska hälsa utifrån referat av bl a Aurelius, Lauréns och Fredriksson & Wistedts undersökningar.
- 78 Hur ser man i andra kulturer på handikapp. Ur Barnombudsmannen, Rädda Barnen, 1982.
- 79 Tema. Invandrarna i vårdssamhället. Socialmedicinsk Tidskrift nr 10 1980.
- 80 Socialstyrelsen & Statens invandrarverk. Invandrares psykiska problem. Rapport från en arbetsgrupp, 1979.
- 81 Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård. Socialstyrelsen anser nr 2 1980.

- 82 Socialstyrelsen. Rapport från "Arbetsgruppen för psykiatrisk vård för invandrare". Rapport utarbetad på uppdrag från socialdepartementet. Stencil 1982.
- 83 Socialutskottets betänkande om psykiatrisk hälso- och sjukvård m m 1980/81:2.
- 84 Stegmayr, B., Lövestad, A., Struwe, I. Sjukdomspanorama hos båtflyktingar. Rapport från ett AMS-läger i Flen. Läkartidningen nr 39 1981.
- 85 Stenius, K. Invandrarna och den psykiatriska vården. Socialstyrelsen redovisar nr 3 1983.
- 86 Widström, E. Loss of Teeth and the frequency and condition of removable and fixed dentures in Finnish immigrants in Sweden. Department of Oral Diagnosis, Faculty of Odontology, Karolinska institutet. Stencil 1981.
- 87 Antonopoulos, K., Beis, A. Grekiska gruppen, Stockholms socialförvaltning. Verskamhetsberättelser 1979, 1980, 1981.
- 88 Björkegren, I., Thor, U. Hur får en invandrarfamilj med utvecklingsstört barn information om statligt vårdbidrag? - en studie om samhällsinformation. Forskningsförberedande kursen. Institutionen för socionomutbildning, Stockholms universitet. Stencil 1982.
- 89 Gotlandshuset. En berättelse om ett hus och dess invånare av distriktssköterskan/barnmorskan Berit Larsson för Hanna Olsson. Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplýsning, 1978.
- 90 Gustafsson, I., Kaplan-Goldman, S. Konsultation. Att utveckla ett psykosocialt arbetssätt inom mödra- och barnhälsovården. Rapport 1. Haninge-projektet. PBU:s konsultationsverksamhet vid MVC och BVC, Sociala nämnderna, Stockholms läns landsting, Stockholm 1980.
- 91 Latinamerikanska familjepedagoggruppen i Tensta-Rinkeby. Rapport från andra verskamhetsåret 1979 - 1980.
- 92 Murphy, H.B.M. Ur Stenius, K. Invandrarna och den psykiatriska vården. Socialstyrelsen redovisar nr 3 1983.
- 93 Nämnden för samhällsinformation (NSI). Att informera invandrare. En sammanställning av undersökningar om några invandrargrupper i det svenska samhället. Rapport nr 12, 1979.
- 94 Ålund, A. Familjen som filter. Intervjuer bland invandrare om problem kring studier och samhällsinformation. Delrapport II. Centrala studiestödsnämnden (CSN), 1979.
- 95 Aurelius, G. Invandrapolitiken och hälsovården. Socialmedicinsk tidskrift nr 10, 1980.
- 96 Aurelius, A., Magnusson, G. Sjukdomsbeteende och nationalitet. Invandrades och svenskers sjukvårdskonsumtion. Läkartidningen nr 12 1981.
- 97 Cavling, U.L. m fl. Religion och sjukhuskost - en explorativ studie. FOU-rapport 8. SHSTF, januari 1982.
- 98 Dahl, L. Äldre invandrare - en pilotstudie. Rapport nr 6. Statens invandrarverk, 1981.
- 99 Flink, B., Hofsö, D., Thuma, U. Sjuk i främmande land - Sverige. Uppsats för två betyg i socialmetodik. Socialhögskolan, Stockholm 1978.
- 100 Hiltunen, H m fl. "Om i Sverige bosatta finländares besök vid hälsocentraler i Finland". Finlands Läkartidning 35:3149, 1980. Citerad ur Rapport från "expertgruppen för patientöverföringar mellan Sverige och Finland. Stencil. Socialdepartementet, Stockholm 1982.

- 101 Hilttunen, H m fl. Sverigefinländarnas utnyttjande av hälsovården i Uleåborgs och Lapplands län. Läkartidningen 78:1875, 1981.
- 102 Horvath-Lindberg, J. Invandrarnas möte med svensk sjukvård – en litteraturgenomgång. PM-serien. Socialstyrelsen nr 46, 1983.
- 103 Hultgård, A. Människan, livet och döden i religionernas perspektiv. Faktaunderlag. Socialstyrelsen 1982.
- 104 Johansson, K., Johansson, M-L. Etniska grupper i sjukvården – en deskriptiv studie av invandrars tolkanvändning och upplevelser vid kontakten med hälso- och sjukvården i Linköpings kommun. Samhällsvetenskapliga forskningsavdelningen, Regionsjukhuset Linköping, 1980.
- 105 Tema Invandrarnas hälsoproblem och hälsoservice. Nordisk medicin nr 5-6 1978.
- 106 Sachs, L. Evil Eye or Bacteria. Turkish Migrant Women and Swedish Health Care. Socialantropologiska institutionen, Stockholms universitet, 1983.
- 107 Sachs, L. Heder och skam. Om sociala relationer i Medelhavsområdet. Socialstyrelsen redovisar nr 2 1984.
- 108 Sachs, L. Onda ögat eller bakterier. Turkiska invandrarkvinnors möte med svensk sjukvård. Liber förlag 1983.
- 109 Sachs, L. Sjukdom – ett relativt begrepp. Sjukdomsbegreppet sett ur ett socialantropologiskt perspektiv. Socialstyrelsen redovisar nr 5 1980.
- 110 Tema Invandrarna i vårdssamhället. Socialmedicinsk tidskrift nr 10 1980.
- 111 Socialstyrelsen. Invandrare, sexualitet och samlevnad. Sammanfattning av H-byråns sex och samlevnadsarbete bland invandrare. Stencil 1981.
- 112 När kulturer möts. Rapport från en kurs om sexualitet och samlevnad i olika kulturer. H-rapport nr 15. Socialstyrelsens byrå för hälsouppllysning 1982.
- 113 Inför döden. Om hänsyn till olika religiösa och etniska grupper i sjukvården. Allmänna råd från socialstyrelsen 1981:3.
- 114 Weidman, H.H. The Transcultural View: Prerequisite to Interethnic (Intercultural) Communication in Medicine. Sc Sci & Med 13.85, 1979.
- 115 Drakos, G., Höjer, B. Föräldrautbildning i ett mångkulturellt samhälle. Rapport rörande speciella åtgärder för att invandrarföräldrar skall beredas möjlighet att delta i föräldrautbildning, fas 1. Rapport från Socialstyrelsens byrå för hälsouppllysning, juni 1981.
- 116 Gadd, A-S. Socialt innehåll i sjukvården. Socialstyrelsen – Vårdprogramnämnden och Socialt arbete – innehåll och form (SOA). 2:a reviderade upplagan, Utbildningsproduktion AB, Malmö 1982.
- 117 Tvåspråkighet som merit vid anställning och utbildning. Rapport från en arbetsgrupp inom regeringskansliet. Arbetsmarknadsdepartementet Ds A 1982:9.
- 118 Statens invandrarverk. Tvåspråkig personal. Rapport. Statens invandrarverk, mars 1981.
- 119 Statens invandrarverk. Flerspråkig samhällsservice – ett faktamaterial. Rapport nr 6 1982.
- 120 Stenius, K. Invandrarna och den psykiatriska vården. Socialstyrelsen redovisar nr 3 1983.
- 121 Stockholms läns landsting. Tolkservice inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsnämnden, september 1981.

- 122 Stockholms läns landsting. Rapport från invandrarprojektet "Fortsatt arbete". Personalfakta om invandrare i landstinget. Rapport nr 3. Personalförvaltningen. 1982.
- 123 Reformerad tolkutbildning. Betänkande av särskild utredare. Utbildningsdepartementet, DS U 1982:10.

Bilaga 1

Hälso- och sjukvårdsberedningen har följande sammansättning: statsrådet Gertrud Sigurdsen, ordförande, landstingsrådet Bertil Göransson t o m 1984-03-31, fr o m 1984-04-01 landstingsrådet Gunnar Hofring, Landstingsförbundet, statssekreteraren Sture Korpi och statssekreteraren Ingemar Lindberg, socialdepartementet, f.kommunalrådet Bengt Mollstedt, förbundsdirektören Walter Slunge och landstingsrådet Kurt Ward, Landstingsförbundet samt generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen.

För den direkta ledningen av HS 90-projektet svarar arbetsgruppen för långsiktig planering, som har följande sammansättning: statssekreteraren Ingemar Lindberg, ordförande, avdelningschefen Gustav Brynolfsson, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), sjukvårdsföreståndaren Ulrica Croné, Tjänstemännens centralorganisation, departementsrådet Göran Dahlgren, socialdepartementet (fr o m 1984-01-01), departementsrådet Bo Jonsson, finansdepartementet, avdelningschefen Gunilla Lamnevik, Landstingsförbundet, departementssekreteraren Ewa Lindqvist, utbildningsdepartementet, överläkaren Stig-Bertil Nilsson och hälso- och sjukvårdsdirektören Olle Orava, Landstingsförbundet, docenten Hans Rundcrantz, Centralorganisationen SACO/SR, utredningschefen Douglas Skalin, Landstingsförbundet, avdelningschefen Gunnar Wennström och generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen samt ombudsmannen Rolf Wetterström, Landsorganisationen i Sverige. Departementssekreteraren Birgitta Bratthall är sekreterare i arbetsgruppen.

Utredningsarbetet har bedrivits inom socialstyrelsen. Det har letts av generaldirektören Barbro Westerholm samt med avdelningschefen Gunnar Wennström och byråchefen Göran Dahlgren som projektledare. Inom sekretariatet har vidare arbetat byrådirektören Marianne Rambro, byråchefen Lennart Rinder och byrådirektören Curt-Lennart Spetz. För administrativt arbete, redigering och utskrifter m m har svarat förste byråsekreteraren Märta Nordenfelt, assistenten Ulla Sjöman och byråassistenten Gunvor Unoson. Experter har biträtt i utarbetandet av rapporter och underlagsstudier.

Bilaga 2

Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1)

Miljön och hälsoprocessen (Lennart Rinder)

Arbetsmiljö – ohälsa (Anders Englund)

Arbetslöshet – ohälsa (Urban Janlert)

Psykosocial miljö och hälsa (Lennart Levi)

Alkohol – ohälsa (Jacob Lindberg, Gunnar Ågren och Eva Bergström)

Tobak – ohälsa (Paul Nordgren)

Kost, motion och hälsa (Ingrid Lindvall) samt

Hälsouppllysning (Nils Östby)

Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2)

Allmänna hälsoindikatorer (Göran Dahlgren, Mari Ann Regen, Curt-Lennart Spetz)

Vårdresurser och vårdutnyttjande (Gunnar Holmberg, Olle Östman) samt

Sjukdomspanorama (Göran Dahlgren, Curt-Lennart Spetz, Jerzy Einhorn/avsnittet om cancer/)

Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv (SOU 1981:3)

Svensk sjukvård i internationellt perspektiv (Björn Smedby)

Hälso- och sjukvårdsplanering – några internationella jämförelser (Göran Dahlgren, Göran Härne och Johan Mellin) samt

Primärvård – en internationell utblick (Göran Dahlgren)

Sekretariatspromemoria 1: Demografiska och socioekonomiska förhållanden inom befolkningen (Curt-Lennart Spetz) 1981.

Sekretariatspromemoria 2: Hälso- och sjukvårdsplaneringen 1981

Planerad och faktisk utveckling (Bengt Larsson)

Sammanställning och analys av aktuella utredningar (Einar Fredriksson, Christer Lindmark, Marianne Rambro)

Personalförsörjning och utbildning (Christer Lindmark, Gunnar Wennström)

Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet (SOU 1981:4)

Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft (SOU 1982:11)

Narkotika och ohälsa. En kunskapsöversikt (Orvar Olsson, Kerstin Tunving) Särtryck 1983

I serien Socialstyrelsen redovisar:

Sjukdom – ett relativt begrepp (Lisbeth Sachs) 1980:5

Sjukfrånvaron i Sverige (Mari Ann Regen) 1981:6

Statens offentliga utredningar 1984

Kronologisk förteckning

1. Sociala aspekter på regional planering. I.
2. Värdepappersmarknaden. Fi.
3. Domstolar och eko-brott. Ju.
4. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. Fi.
5. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. Fi.
6. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. Fi.
7. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. Fi.
8. Näringstillstånd. Ju.
9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
10. Kompletterande motståndformer. Fö.
11. Rösträtt och medborgarskap. Ju.
12. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. Ju.
13. Samordnad narkotikapolitik. S.
14. RF 10:5. Ju.
15. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. Ju.
16. Förvärv i god tro. Ju.
17. Sveriges internationella transporter. K.
18. Arbetsmarknadsstriden I. A.
19. Arbetsmarknadsstriden II. A.
20. Datorer och arbetslivets förändring. A.
21. Förenklad självdeklaration. Fi.
22. Panträtt. Ju.
23. Folkbibliotek i Sverige. U.
24. En bättre information om kemiska produkter. Jo.
25. Ny konsumentköplag. Ju.
26. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. Fi.
27. Ny Banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslag. Fi.
28. Ny Banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. Fi.
29. Ny Banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. Fi.
30. LÅS MERA! U.
31. Arbetsmarknadspolitik under omprövning. A.
32. Nya alternativ till frihetsstraff. Ju.
33. Handla med tjänster. Ud.
34. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. Bo.
35. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. Bo.
36. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. Bo.
37. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. Fi.
38. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. Fi.
39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. S.
41. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? S.
42. Att förebygga skador - ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
43. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom - ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
44. Hälsopolitik i samhällsplaneringen - Boendemiljö - Arbetsmiljö - Arbetslöshet - Kost. Underlagsstudie. S.
45. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. S.

Statens offentliga utredningar 1984

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och eko-brott. [3] 2. Näringsstillstånd. [8] 3. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. [15] 1983 års rösträttskommitté. 1. Rösträtt och medborgarskap. [11] 2. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. [12] RF 10:5. [14] Förvärv i god tro. [16] Panträtt. [22] Ny konsumentköplag. [25] Nya alternativ till frihetsstraff. [32]

Utrikesdepartementet

Handla med tjänster. [33]

Försvarsdepartementet

Kompletterande motståndsformer. [10]

Socialdepartementet

Samordnad narkotikapolitik. [13] Hälsa- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90) 1. Hälsa- och sjukvård inför 90-talet, (HS 90) Huvudrapport. [39] 2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40] 3. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjade av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? [41] 4. Att förebygga skador - ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [42] 5. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom - ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [43] 6. Hälsopolitik i samhällsplaneringen - Boendemiljö - Arbetsmiljö - Arbetslöshet - Kost. Underlagsstudie. [44] 7. Invandrarna i hälsa- och sjukvården. Underlagsstudie. [45]

Kommunikationsdepartementet

Sveriges internationella transporter. [17]

Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden. [2] Långtidsutredningen. 1. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. [4] 2. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. [5] 3. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. [6] 4. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. [7] Förenklad självdeklaration. [21] Banklagsutredningen. 1. Ny banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. [26] 2. Ny banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslagen. [27] 3. Ny banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. [28] 4. Ny banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. [29] Fastighetstaxeringskommittén. 1. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. [37] 2. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. [38]

Utbildningsdepartementet

Folkbibliotek i Sverige. [23] LÄS MERA! [30]

Jordbruksdepartementet

En bättre information om kemiskprodukter. [24]

Arbetsmarknadsdepartementet

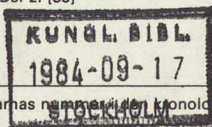
Konfliktutredningen. 1. Arbetsmarknadsstriden I. [18] 2. Arbetsmarknadsstriden II. [19] Datorer och arbetslivets förändring. [20] Arbetsmarknadspolitik under omprövning. [31]

Bostadsdepartementet

Bostadskommittén. 1. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. [34] 2. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. [35] 3. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. [36]

Industridepartementet

Sociala aspekter på regional planering. [1] Förslag till lag om Kooperativa föreningar. [9]



1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941

1940-1941





HS 90-Publikationer

- SOU 1984:39 Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS90). Huvudrapport
- SOU 1984:40 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie.
- SOU 1984:41 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3.
● Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige
● Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av slutna vård
● Den jämlika sjukvården?
- SOU 1984:42 Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
- SOU 1984:43 Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
- SOU 1984:44 Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost. Underlagsstudie.
- SOU 1984:45 Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie.
- SOU 1984:46 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie.
- SOU 1984:47 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga ● Hälsouppllysning.
- SOU 1984:48 Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie.
- SOU 1984:49 Hälsa – vård. Samhällsekonomi, sysselsättning, ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder. Expertrapport. (November 1984)
- SOU 1984:50 Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. (November 1984)

Utdrag ur

- SOU 1984:44 Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik – några hälsopolitiska aspekter.
- SOU 1984:43 Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:43 Prevention av hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:43 Psykosociala faktorer och hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:49 Vården och sysselsättningen.